

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

ในการศึกษาเรื่อง “ความได้เปรียบเชิงแข่งขันของบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย” จะใช้แนวคิดระบบเพชรสมบูรณ์ในการนำเสนอผลงานตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ ศึกษาความได้เปรียบเชิงแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนเพื่อเป็นลู่ทางสู่ความเป็นศูนย์กลางสุขภาพเอเซีย โดยที่จะแบ่งการศึกษาออกเป็น 6 ส่วน (จิรพรรณ, 2548) ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาวะปัจจัยการผลิตภายในประเทศ

ส่วนที่ 2 อุปสงค์ภายในประเทศ

ส่วนที่ 3 อุตสาหกรรมสนับสนุนและเกี่ยวเนื่องภายในประเทศ

ส่วนที่ 4 ยุทธการ โครงสร้าง และสภาพการแข่งขันภายในประเทศ

ส่วนที่ 5 บทบาทของรัฐบาล

ส่วนที่ 6 เหตุสุดวิสัย

ในการเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้จะวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดของการศึกษา (บทที่ 2) ซึ่งจะสรุปการวิเคราะห์ออกมาเป็นความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยในระบบเพชรสมบูรณ์

ส่วนที่ 1 สภาวะปัจจัยการผลิตภายในประเทศ

สภาวะปัจจัยการผลิตภายในประเทศ ผู้ศึกษาจะแยกการศึกษาเป็น 2 หัวข้อ คือ ศึกษาข้อมูลทั่วไปของการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย และคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเอกชน

ข้อมูลทั่วไปของการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

การศึกษาข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ โรงพยาบาลและบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเอกชน 15 โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่สมาคมโรงพยาบาลเอกชนร่วมกับการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย กำหนดให้เป็นเป็นโรงพยาบาลระดับสากลที่มีความพร้อมในการให้บริการแก่ลูกค้าต่างประเทศได้

ทันทีนั้น ผู้ศึกษาจะศึกษาจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพของโรงพยาบาล และศึกษาถึงบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลโดยแยกเป็นบริการการแพทย์ทั่วไป และบริการการแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล

1. ขนาดของโรงพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาลสามารถดูได้จากจำนวนเตียงที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าในโรงพยาบาลทั้ง 15 แห่งมีทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก โดยที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ย่อมแสดงถึงควมมีศักยภาพและความมีมาตรฐานในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะสังเกตได้จากตารางผลการสำรวจ (ตารางที่ 13)

จากตารางผลการสำรวจพบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ โดยเฉลี่ยแล้วมีขนาดใหญ่เพราะมีจำนวนเตียงมากกว่า 100 เตียง มีเพียงโรงพยาบาลบี เอ็น เอช เท่านั้นที่จัดว่าเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง โดยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่นี้โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ มีจำนวนเตียงมากที่สุดคือ 554 เตียง รองลงมาคือโรงพยาบาลพญาไท 2 มี 550 เตียง โรงพยาบาลกรุงเทพ 403 เตียง โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ โรงพยาบาลเวชธานี โรงพยาบาลวิภาวดี มี 400 เตียง โรงพยาบาลพญาไท 1 มีจำนวน 350 เตียง โรงพยาบาลรามคำแหงและเซนต์หลุยส์มี 315 เตียง โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ประชาชื่นและโพรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียลมีจำนวน 300 เตียง โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอรัล 200 เตียง โรงพยาบาลพระรามเก้า 160 เตียง และโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยที่สุดคือโรงพยาบาล บี เอ็น เอช มีทั้งหมด 86 เตียง สามารถสรุปได้ว่าโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงมากก็จะสามารถรองรับผู้ป่วยชาวต่างประเทศได้มาก ซึ่งในประเทศไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลพญาไท 2 และโรงพยาบาลกรุงเทพ ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ตารางแสดงขนาดของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร 15 โรงพยาบาล

(หน่วย: เตียง)

ลำดับ	รายชื่อ โรงพยาบาล	ขนาด
1	โรงพยาบาล บี เอ็น เอส	86
2	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน	400
3	โรงพยาบาลกรุงเทพ	403
4	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	554
5	โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอร์ล	200
6	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ประชาชื่น	300
7	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล	300
8	โรงพยาบาลพระราม 9	160
9	โรงพยาบาลพญาไท 1	350
10	โรงพยาบาลพญาไท 2	550
11	โรงพยาบาลรามคำแหง	315
12	โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	315
13	โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์	400
14	โรงพยาบาลเวชธานี	400
15	โรงพยาบาลวิภาวดี	400

ที่มา: จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

จากการศึกษาบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 15 โรงพยาบาล พบว่า ทั้ง 15 แห่งมีบริการที่คล้าย ๆ กัน แต่โรงพยาบาลที่โดดเด่นและค่อนข้างมีศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติได้ดี เพราะเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ 3 อันดับแรกของประเทศคือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลพญาไท 2 และโรงพยาบาลกรุงเทพ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาลเป็นตัวแทนในการอธิบายบริการของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยในหัวข้อนี้ โดยจะแยกเป็นบริการการแพทย์ทั่วไป บริการการแพทย์เฉพาะทาง และบริการทางทันตกรรม (ตารางที่ 14) ดังนี้

ตารางที่ 14 ตารางแสดงจำนวนบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง พ.ศ. 2549

โรงพยาบาล	จำนวนบริการที่มีในโรงพยาบาล		
	บริการการแพทย์ทั่วไป	บริการการแพทย์เฉพาะทาง	ทันตกรรม
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	33	9	7
โรงพยาบาลพญาไท	22	7	12
โรงพยาบาลกรุงเทพ	21	18	13

ที่มา: จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากการศึกษาในหัวข้อบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยแยกประเภทบริการเป็นบริการการแพทย์ทั่วไป บริการการแพทย์เฉพาะทาง และบริการทันตกรรม พบว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มีจำนวนบริการการแพทย์ทั่วไปมากที่สุด คือ ประมาณ 33 บริการ ส่วนในบริการด้านการแพทย์เฉพาะทางและบริการทันตกรรมนั้น โรงพยาบาลกรุงเทพมีจำนวนบริการมากที่สุดคือ 18 และ 13 บริการตามลำดับ ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพของประเทศไทยมีบริการรักษาการแพทย์ทั่วไปประมาณ 29 บริการ มีบริการการแพทย์เฉพาะทางประมาณ 15 บริการ และมีบริการทันตกรรมประมาณ 10 บริการ

คุณภาพมาตรฐาน

เหตุผลหลักที่ผู้ป่วยชาวต่างประเทศจะเดินทางเข้ามารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยที่ต้องคำนึงถึงก็คือคุณภาพในบริการ และมาตรฐานความเป็นสากลของโรงพยาบาลซึ่งในประเทศไทยมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ได้รับการยอมรับในมาตรฐานระดับสากลโดยเฉพาะ 3 โรงพยาบาลซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ใบรับรองมาตรฐานการบริการด้วยระบบคุณภาพ มอก./ISO 9002 จากสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.)
2. การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (HA : Hospital Accreditation) จากสถาบันพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (พรพ.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. รางวัลผู้ประกอบการดีเด่นประเภทธุรกิจบริการ (สาขาโรงพยาบาล) Prime Minister's Export Award 2001 จากกรมส่งเสริมการส่งออกกระทรวงพาณิชย์
4. ในการรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ โรงพยาบาลกรุงเทพได้เปิดศูนย์บริการผู้ป่วยต่างประเทศ ในระบบ One Stop Service พร้อมล่าม 26 ภาษา
5. ได้รับการประกาศรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไทย (Hospital Accreditation-HA) โดยมาตรฐานองค์กรคุณภาพของสหรัฐฯและแคนาดา
6. ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (JCIA) ตามมาตรฐานการรับรองของสหรัฐอเมริกา

จากการวิเคราะห์สามารถสรุปปัจจัยการผลิตภายในประเทศได้ว่า โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยโดยรวมแล้วเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของประเทศที่มีความสามารถและคุณภาพมากพอในการเปิดให้บริการกับผู้ป่วยชาวต่างประเทศได้ โดยมีบริการหลายอย่างและมากพอสำหรับการให้การรักษาพยาบาล อีกทั้งยังได้รับการรับรองคุณภาพในระดับสากลด้วย

ส่วนที่ 2 อุปสงค์ภายในประเทศ

การศึกษาความต้องการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนของชาวต่างประเทศ ศึกษาโดยการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ซึ่งการวิเคราะห์เชิงพรรณนานั้นจะใช้ทฤษฎีอุปสงค์มาพิจารณาในการอธิบายเกี่ยวกับปัจจัย 2 ปัจจัย คือ รายได้เฉลี่ยต่อหัวของผู้ป่วยชาวต่างประเทศ 10 ประเทศที่เข้ามาใช้บริการสูงสุด โดยตั้งสมมติฐานว่าถ้ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรในแต่ละประเทศเพิ่มขึ้น จะทำให้ประชากรในประเทศเหล่านั้นเข้ามาใช้บริการทางรักษาพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น

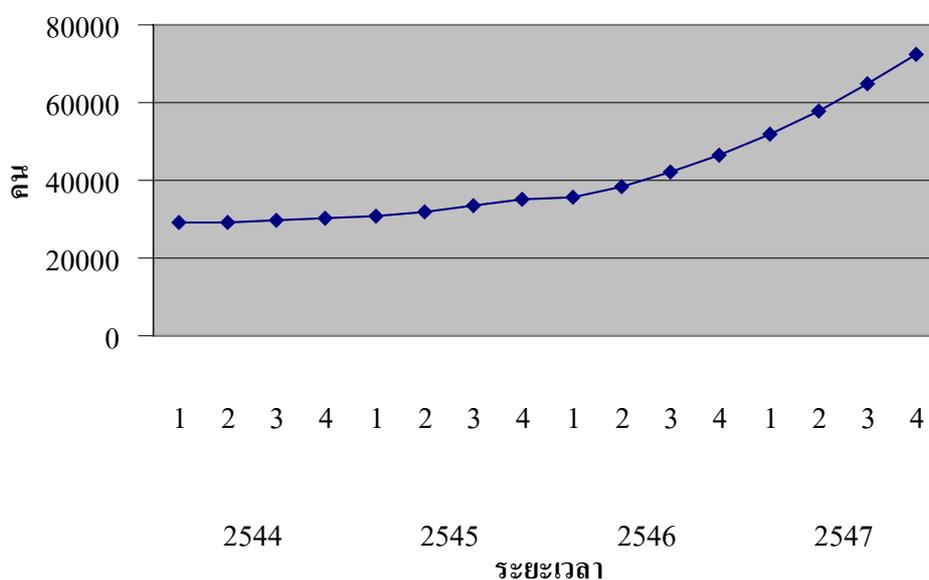
และปัจจัยในเรื่องราคา ถ้าราคาโดยเปรียบเทียบของบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยกับสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศคู่แข่งลดลง จะทำให้ชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น โดยมีการใช้ข้อมูลเป็นรายไตรมาสตั้งแต่ปี 2544 – 2547 จะได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

รายได้เฉลี่ยต่อหัว

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเมื่อรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวต่างประเทศทั้ง 10 ประเทศ เพิ่มขึ้นจะทำให้จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ารับบริการในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นสามารถแสดงได้ด้วยกราฟดังนี้

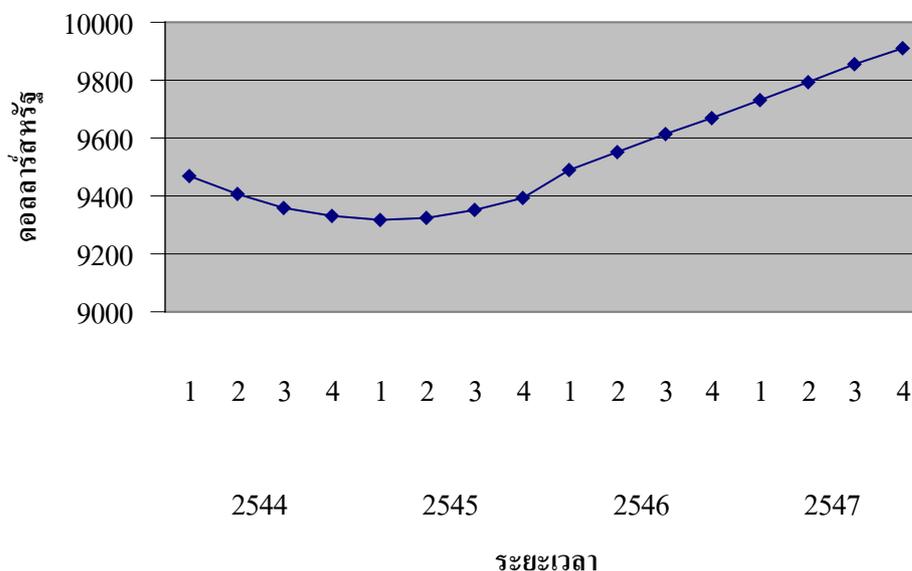
ประเทศญี่ปุ่น

จำนวนผู้เข้าใช้บริการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 5 จำนวนชาวญี่ปุ่นที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ปี 2544 – 2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)

รายได้เฉลี่ยต่อหัว



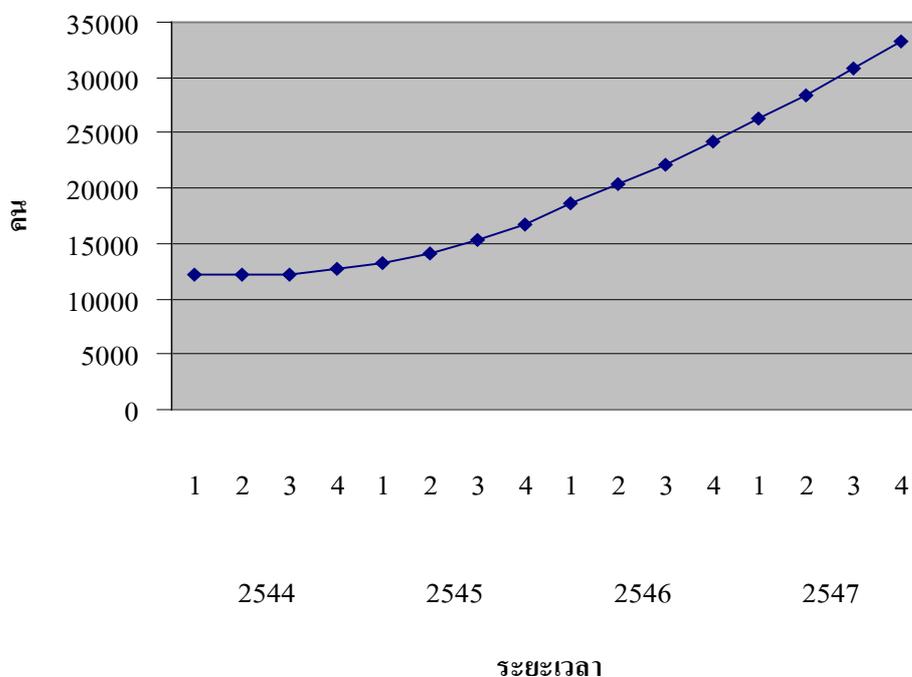
ภาพที่ 6 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวญี่ปุ่น ปี 2544 – 2547

ที่มา: Asian Development Bank (2549)

จำนวนผู้ป่วยชาวญี่ปุ่นที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวญี่ปุ่นในช่วงปี 2544 ไตรมาสที่ 1 ถึง ปี 2547 ไตรมาสที่ 4 พบว่าในระยะเวลา 4 ปีรายได้ของชาวญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ในขณะที่รายได้ของชาวญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นจำนวนชาวญี่ปุ่นที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2544 ชาวญี่ปุ่นมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 9,329.74 ดอลลาร์สหรัฐ มีผู้เข้ารับบริการในประเทศไทยประมาณ 30,100 คน ต่อมาเมื่อรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9,672.07 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2546 และ 9,913.10 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2547 ทำให้จำนวนชาวญี่ปุ่นที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 46,562 คน และ 72,614 คนในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ (ภาพที่ 5 และภาพที่ 6)

ประเทศสหรัฐอเมริกา

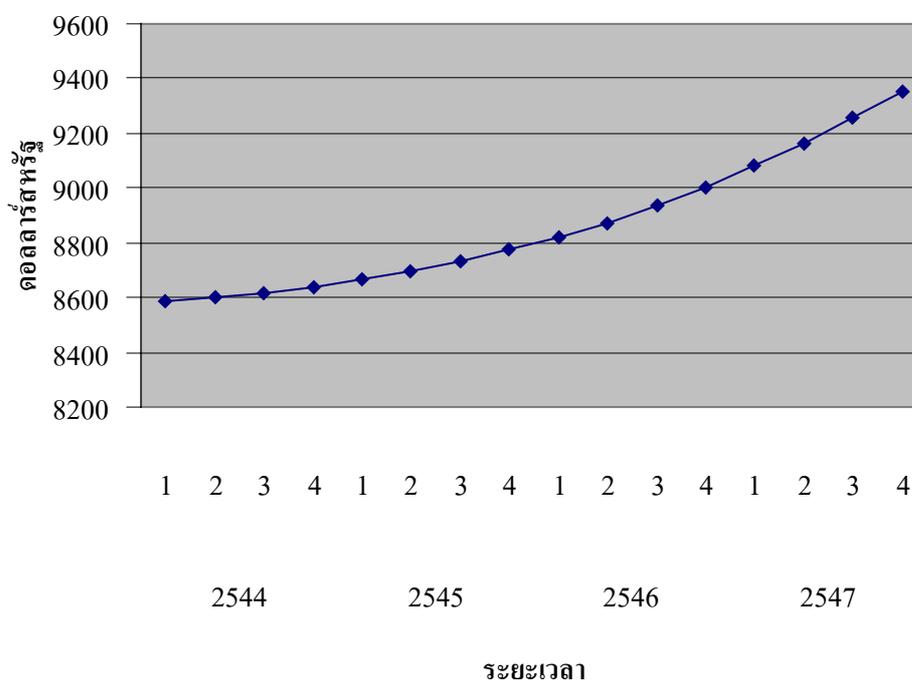
จำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 7 จำนวนชาวอเมริกันที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ปี 2544 – 2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)

จำนวนผู้ป่วยชาวอเมริกันที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวอเมริกันในช่วงปี 2544 ไตรมาสที่ 1 ถึง ปี 2547 ไตรมาสที่ 4 พบว่าในระยะเวลา 4 ปี รายได้ของชาวอเมริกันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่รายได้ของชาวอเมริกันเพิ่มขึ้น จำนวนชาวอเมริกันที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2544 ชาวอเมริกันมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 8,637.85 ดอลลาร์สหรัฐ มีผู้เข้ามาใช้บริการในประเทศไทยประมาณ 12,650 คน ต่อมาเมื่อรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9,002.14 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2546 และ 9,353.61 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2547 ทำให้จำนวนชาวอเมริกันที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 24,165 คน และ 33,246 คนในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ (ภาพที่ 7 และภาพที่ 8)

รายได้เฉลี่ยต่อหัว



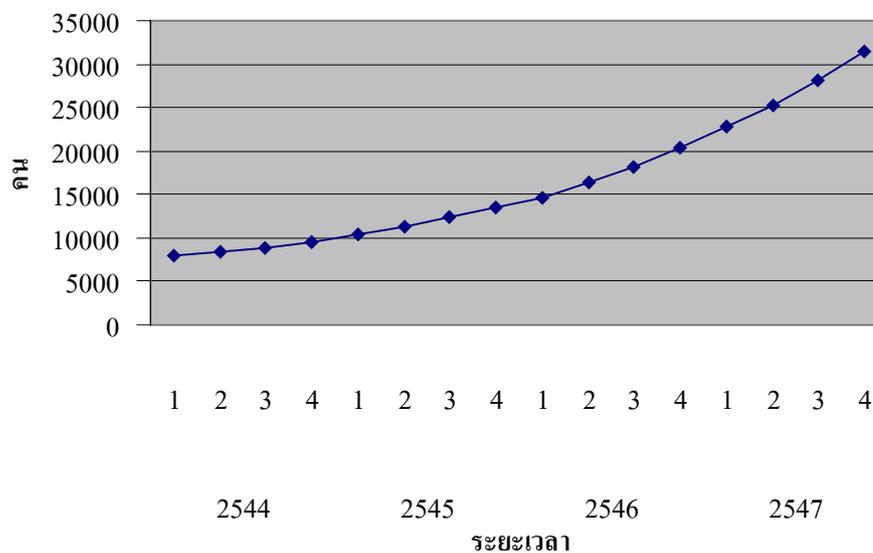
ภาพที่ 8 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวอเมริกัน ปี 2544 – 2547

ที่มา: Asian Development Bank (2549)

ประเทศแถบเอเชียใต้

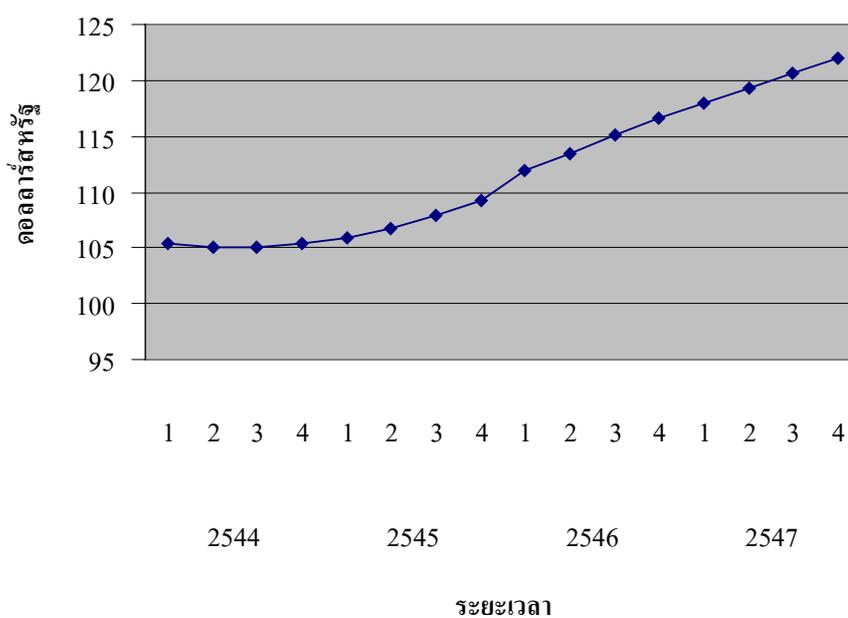
ประเทศแถบเอเชียใต้ ได้แก่ ประเทศอินเดีย เนปาล ปากีสถาน เป็นต้น ซึ่งผลการวิเคราะห์จากภาพที่ 9 และ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวเอเชียใต้ที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย และรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเอเชียใต้ในช่วงปี 2544 ไตรมาสที่ 1 ถึง ปี 2547 ไตรมาสที่ 4 พบว่า ในระยะเวลา 4 ปีรายได้ของชาวเอเชียใต้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในอัตราที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่รายได้ของชาวเอเชียใต้เพิ่มขึ้น จำนวนชาวอเมริกันที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2544 ชาวอเมริกันมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 105.39 ดอลลาร์สหรัฐ มีผู้เข้ารับบริการในประเทศไทยประมาณ 9,540 คน ต่อมาเมื่อรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 116.56 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2546 และ 121.93 ดอลลาร์สหรัฐในปี 2547 ทำให้จำนวนชาวเอเชียใต้ที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 20,335 คน และ 31,352 คนในปี 2546 และ 2547 ตามภาพที่ 9 และภาพที่ 10

จำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 9 จำนวนชาวเอเชียใต้ที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ปี 2544 – 2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)

รายได้เฉลี่ยต่อหัว

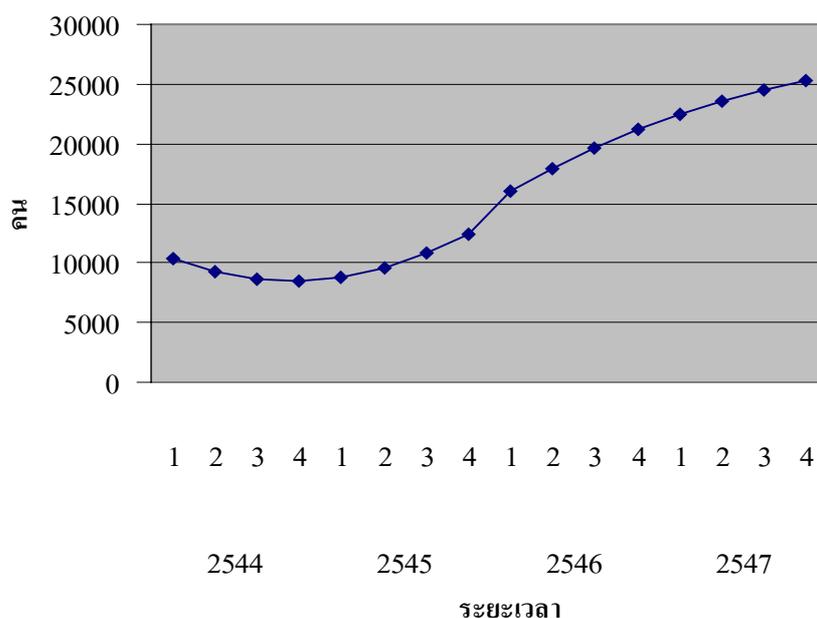


ภาพที่ 10 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเอเชียใต้ ปี 2544 – 2547
ที่มา: Asian Development Bank (2549)

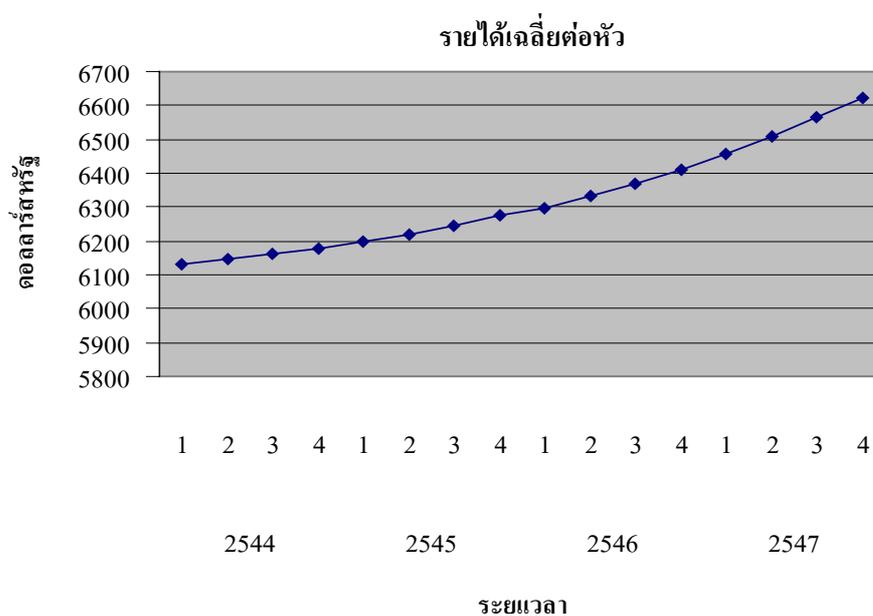
ประเทศอังกฤษ

จำนวนผู้ป่วยชาวอังกฤษที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวอังกฤษในช่วงปี 2544 ไตรมาสที่ 1 ถึง ปี 2547 ไตรมาสที่ 4 พบว่าในระยะเวลา 4 ปี รายได้ของชาวอังกฤษเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในอัตราที่เพิ่มขึ้น ซึ่งในขณะที่รายได้ของชาวอังกฤษเพิ่มขึ้น จำนวนชาวอังกฤษที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2544 ชาวอังกฤษมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 6,178.23 ดอลลาร์สหรัฐ มีผู้เข้ามาใช้บริการในประเทศไทยประมาณ 8,535 คน ต่อมาเมื่อรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6,412.8 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2546 และ 6,624.36 ดอลลาร์สหรัฐในปี 2547 ทำให้จำนวนชาวอังกฤษที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 21,166 คน และ 25,296 คนในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับในภาพที่ 11 และ 12

จำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล



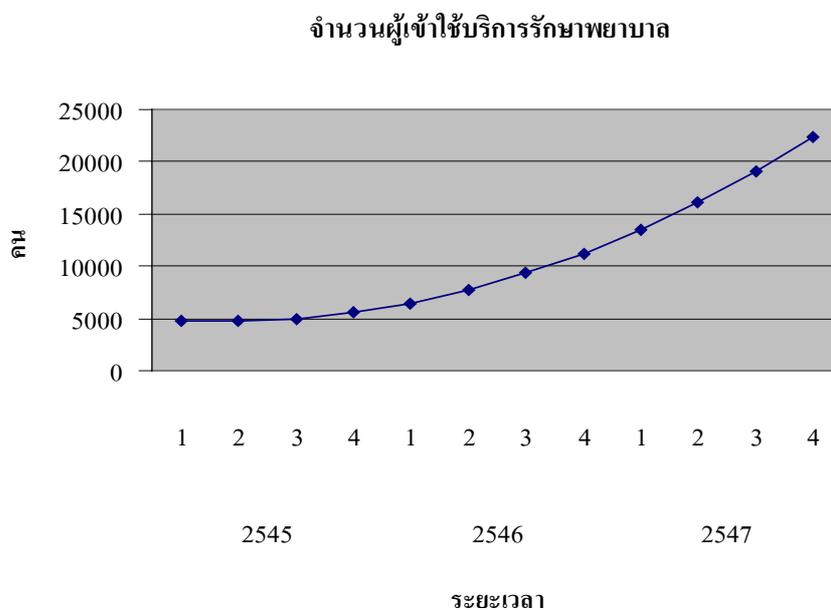
ภาพที่ 11 จำนวนชาวอังกฤษที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ปี 2544 – 2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)



ภาพที่ 12 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวอังกฤษปี 2544 – 2547

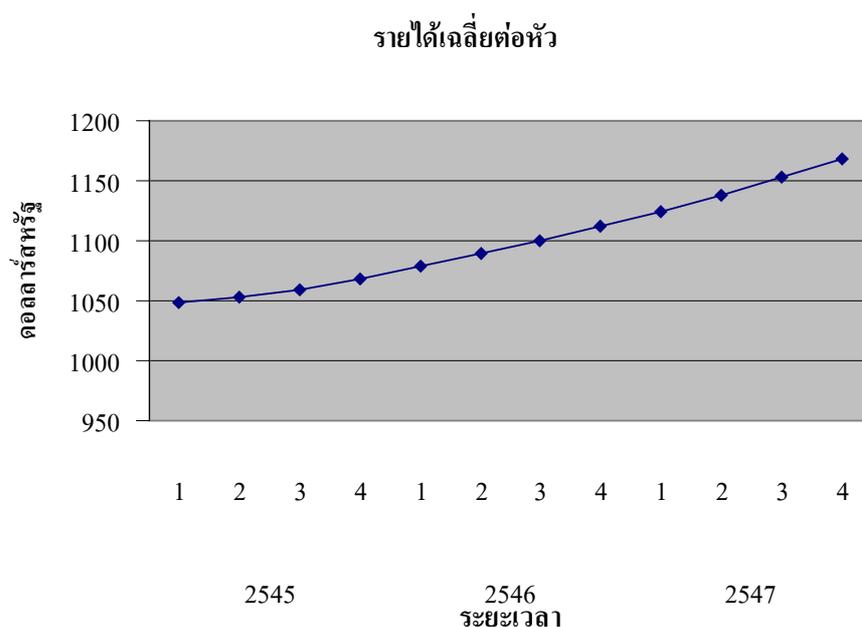
ที่มา: Asian Development Bank (2549)

กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง



ภาพที่ 13 จำนวนชาวตะวันออกกลางที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยปี 2545 -2547

ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)



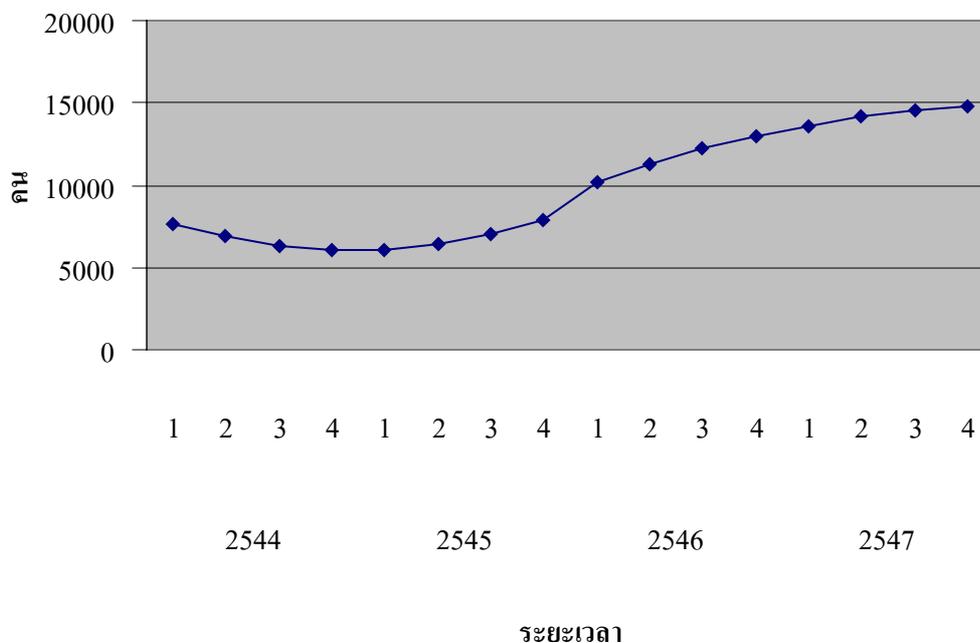
ภาพที่ 14 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวตะวันออกเฉียงใต้ปี 2545 – 2547

ที่มา: Asian Development Bank (2549)

จำนวนผู้ป่วยชาวตะวันออกเฉียงใต้ที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวตะวันออกเฉียงใต้ในช่วงปี 2545 ไตรมาสที่ 1 ถึง ปี 2547 ไตรมาสที่ 4 พบว่ารายได้ของชาวตะวันออกเฉียงใต้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจาก 1,067.52 ดอลลาร์สหรัฐในปี 2545 มาเป็น 1,167.77 ดอลลาร์สหรัฐในปี 2547 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับจำนวนชาวตะวันออกเฉียงใต้ที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ทำให้จำนวนชาวตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มจาก 5,534 คน เป็น 11,238 คน และ 22,354 คนในปี 2545 2546 และ 2547 ตามลำดับ (ภาพที่ 13 และ 14)

ประเทศไทย/จีน

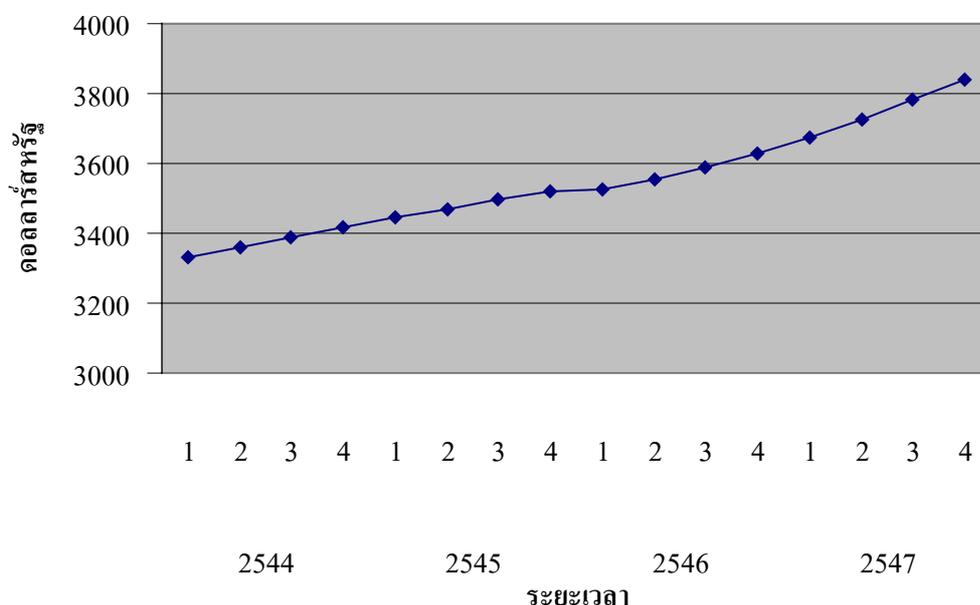
จำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 15 จำนวนชาวไต้หวัน/จีน ที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยปี 2544 -2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)

สำหรับจำนวนผู้ป่วยชาวไต้หวัน/จีนที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและรายได้เฉลี่ยต่อหัวในช่วงปี 2544 ไตรมาสที่ 1 ถึง ปี 2547 ไตรมาสที่ 4 พบว่า จำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวไต้หวัน/จีนมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน โดยเมื่อรายได้เฉลี่ยต่อหัวเพิ่มขึ้นจาก 3,417.60 ดอลลาร์สหรัฐในปี 2544 ไตรมาสที่ 4 เป็น 3,841.44 ดอลลาร์สหรัฐในปี 2547 ทำให้จำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของชาวไต้หวัน/จีนเพิ่มขึ้นจาก 6,046 คนเป็น 14,761 คนในปี 2544 และ 2547 ตามลำดับในภาพที่ 14 และ 15

รายได้เฉลี่ยต่อหัว



ภาพที่ 16 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวใต้หวัน/จีน ปี 2544 – 2547

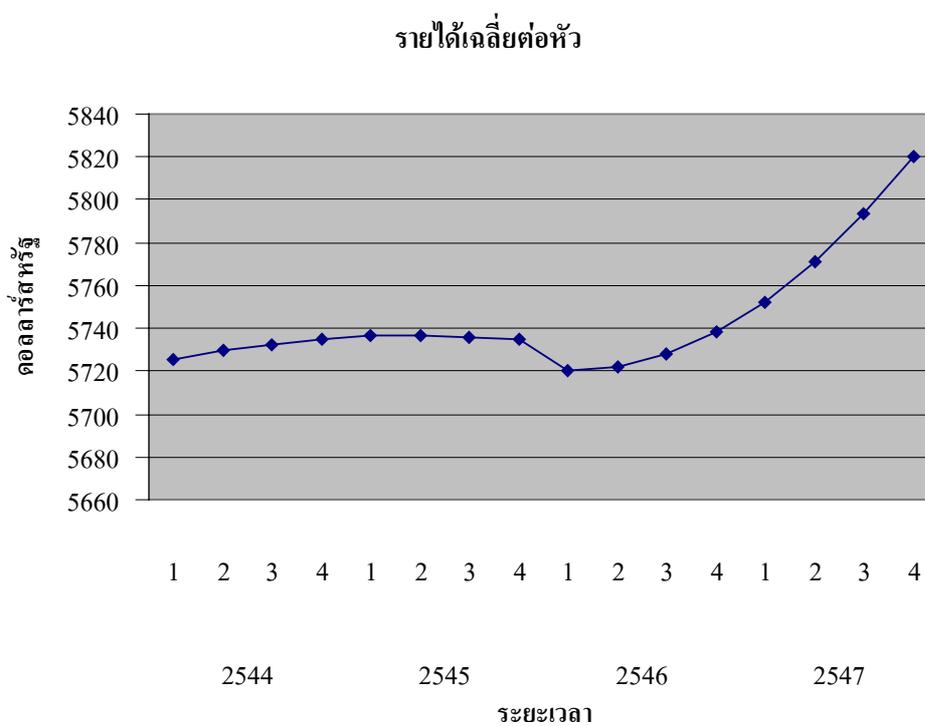
ที่มา: Asian Development Bank (2549)

ประเทศเยอรมนี

จำนวนผู้ป่วยชาวเยอรมันที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในช่วงต้นปี 2545 ไตรมาสที่ 1 มีจำนวนประมาณ 4,030 คนเพิ่มขึ้นมาเป็น 10,143 คน ในปี 2546 แต่หลังจากนั้นก็เริ่มมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยมาเป็น 9,517 คนในไตรมาสที่ 4 ของปี 2547 (ภาพที่ 17) ซึ่งเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเยอรมัน พบว่าในช่วงเวลาที่รายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเยอรมันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2546 – 2547 โดยเพิ่มจาก 5,720.03 ดอลลาร์สหรัฐในไตรมาสที่ 1 ปี 2546 เป็น 5,820.21 ดอลลาร์สหรัฐ ในไตรมาสที่ 4 ปี 2547 (ภาพที่ 18) เป็นช่วงเวลาที่ชาวเยอรมันเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเยอรมันมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม



ภาพที่ 17 จำนวนชาวเยอรมันที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยปี 2544 -2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)

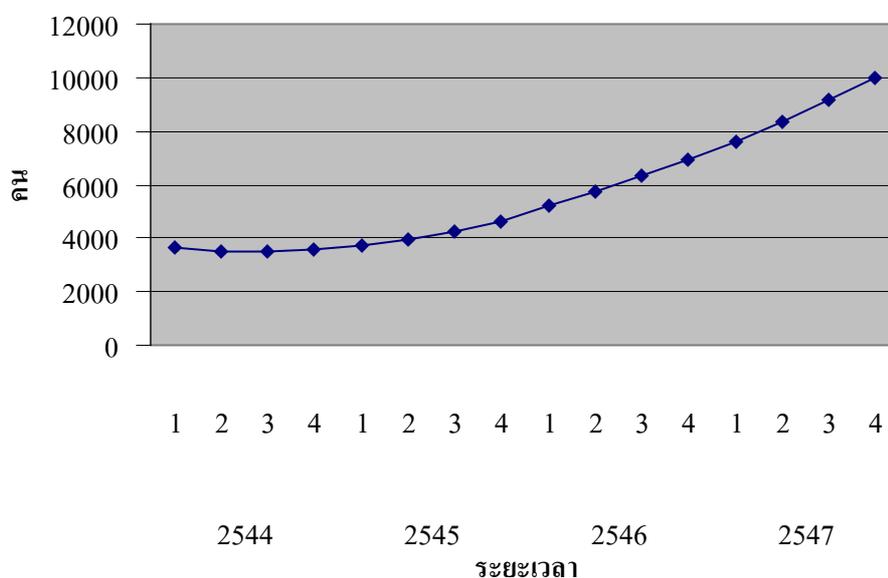


ภาพที่ 18 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเยอรมันปี 2544 – 2547
ที่มา: Asian Development Bank (2549)

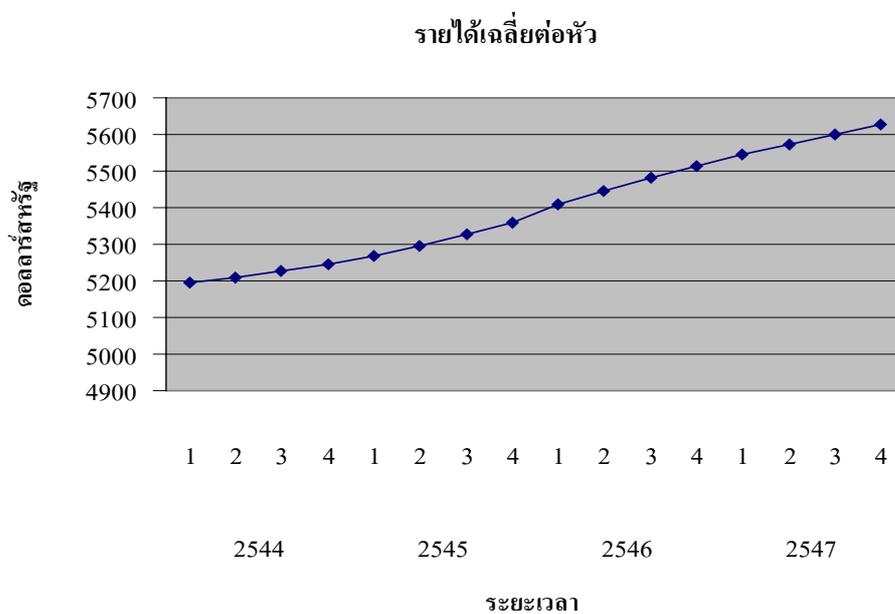
ประเทศออสเตรเลีย

จากการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยชาวออสเตรเลียที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (ภาพที่ 19) และรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวออสเตรเลีย (ภาพที่ 20) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือรายได้เฉลี่ยของชาวออสเตรเลียมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มขึ้นจาก 5,360.34 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2545 เป็น 5,627.01 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2547 ในขณะที่จำนวนชาวเยอรมันที่เข้ามาใช้บริการก็เพิ่มขึ้นจาก 4,630 คน เป็น 9,962 คนในปี 2545 และ 2547 ตามลำดับ

จำนวนผู้เข้าใช้บริการรักษาพยาบาล



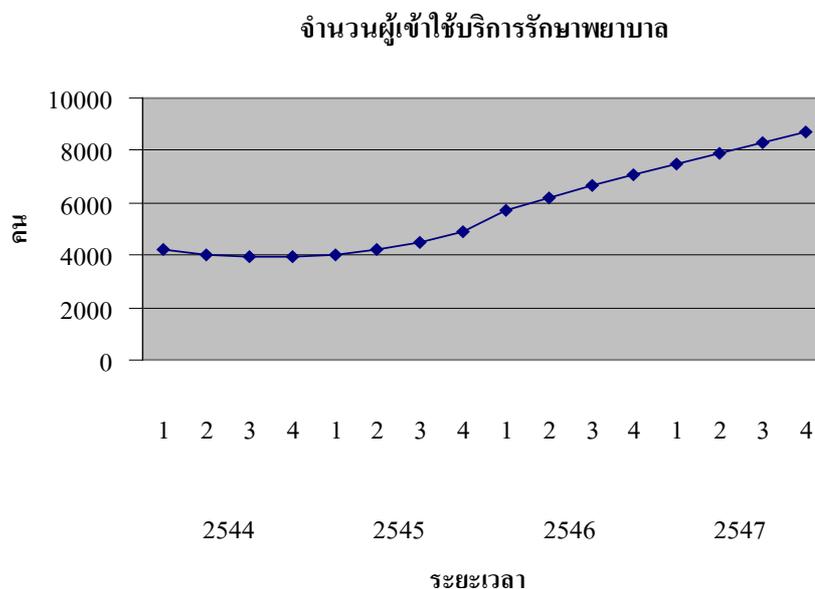
ภาพที่ 19 จำนวนชาวออสเตรเลียที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยปี 2544 - 2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)



ภาพที่ 20 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวออสเตรเลีย ปี 2544 – 2547

ที่มา: Asian Development Bank (2549)

ประเทศฝรั่งเศส

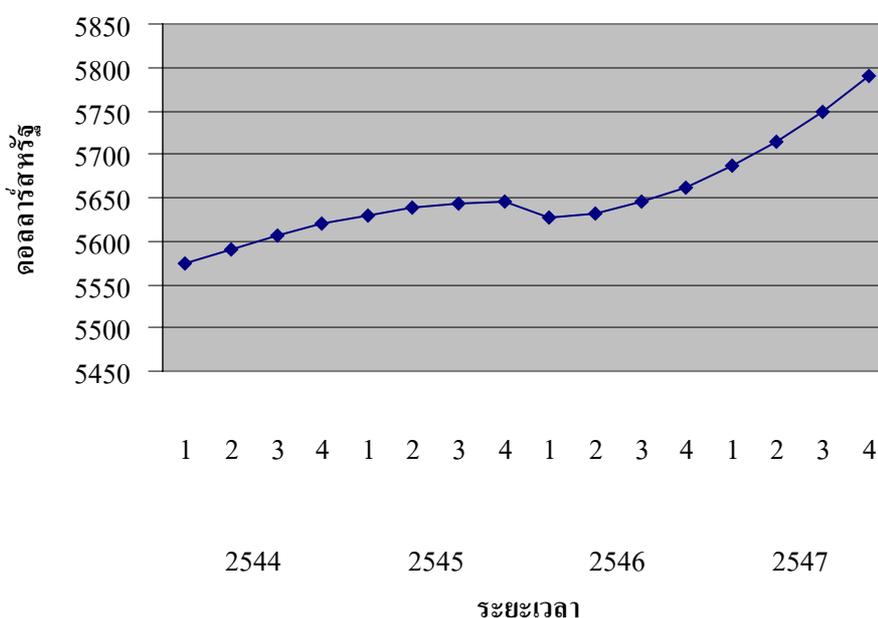


ภาพที่ 21 จำนวนชาวฝรั่งเศสที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยปี 2544 -2547

ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)

จากการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยชาวฝรั่งเศส (ภาพที่ 21) ที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาล พบว่าเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตั้งแต่ปี 2545 ไตรมาสที่ 3 มีจำนวน 4,519 คน และต่อเนื่องจนถึงปี 2547 ไตรมาสที่ 4 มีจำนวนถึง 8,883 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาพร้อมกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวฝรั่งเศส ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน โดยการที่จำนวนผู้เข้าใช้บริการชาวฝรั่งเศสเพิ่มขึ้น เป็นเพราะชาวฝรั่งเศสมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (ภาพที่ 22)

รายได้เฉลี่ยต่อหัว

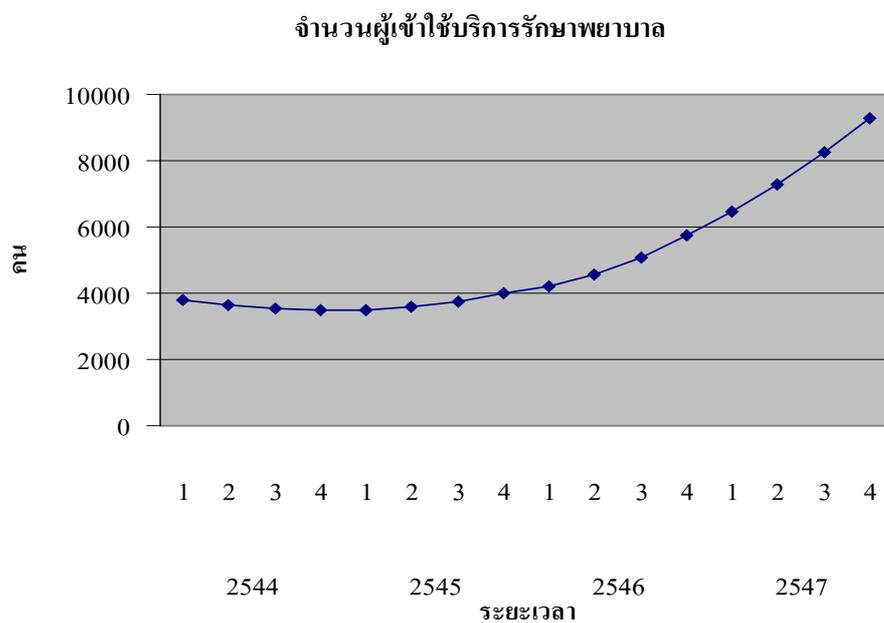


ภาพที่ 22 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวฝรั่งเศส ปี 2544 – 2547

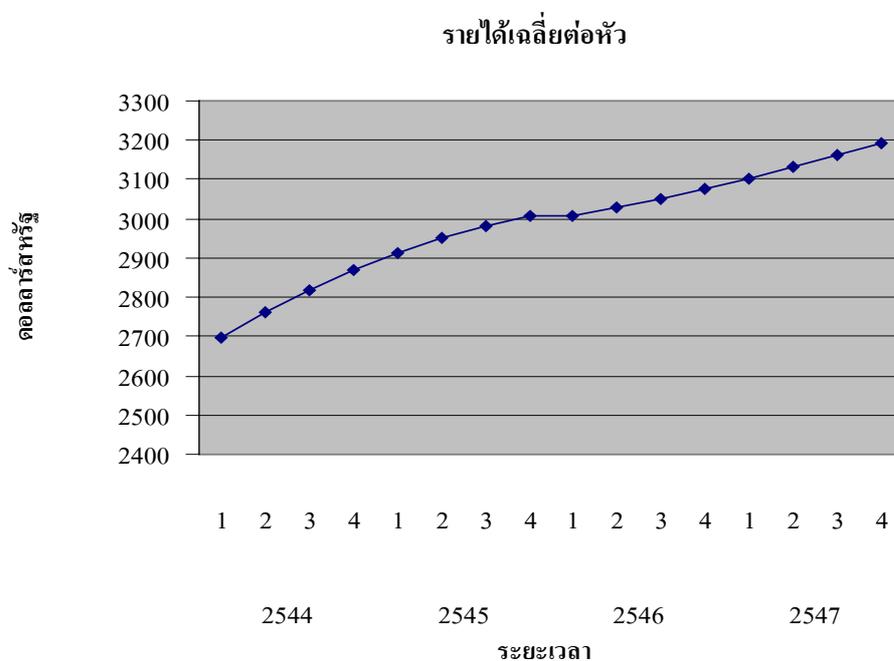
ที่มา: Asian Development Bank (2549)

ประเทศเกาหลีใต้

จากการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยชาวเกาหลีใต้ที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (ภาพที่ 23) และรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเกาหลีใต้ (ภาพที่ 24) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2545 ไตรมาสที่ 4 เช่นเดียวกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อรายได้เฉลี่ยของชาวเกาหลีใต้เพิ่มขึ้นจาก 3,007.875 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2545 เป็น 3,193.203 ในปี 2547 ทำให้จำนวนชาวเกาหลีใต้ที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 3,995 คน เป็น 9,307 คน ตามลำดับ



ภาพที่ 23 จำนวนชาวเกาหลีใต้ที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยปี 2544 - 2547
ที่มา: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (2548)

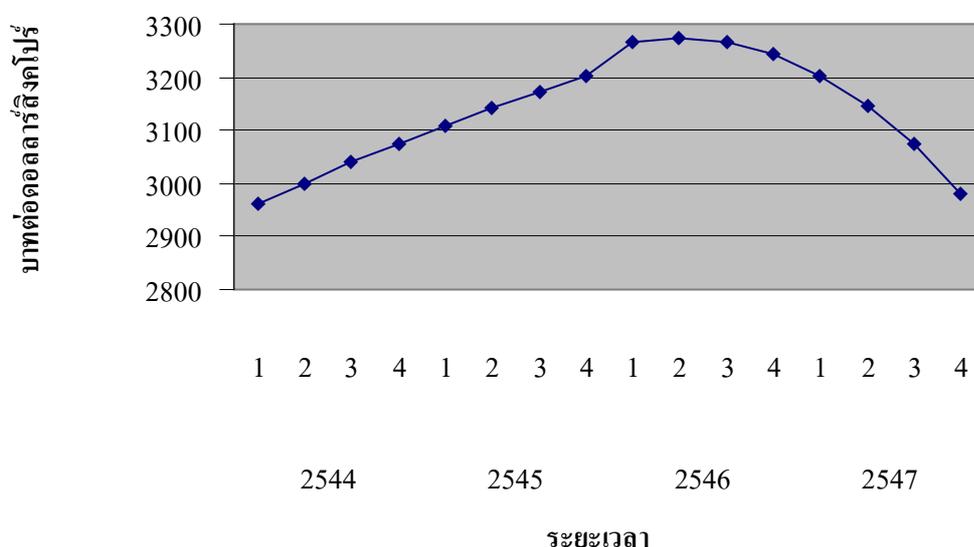


ภาพที่ 24 แสดงรายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวเกาหลีใต้ ปี 2544 - 2547
ที่มา: Asian Development Bank (2549)

ราคาเฉลี่ยโดยเปรียบเทียบ

ปัจจัยที่สองที่นำมาวิเคราะห์เรื่องอุปสงค์ภายในประเทศ คือ ราคาเปรียบเทียบของบริการรักษาพยาบาลของประเทศไทยกับประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศคู่แข่ง พบว่าเมื่อราคาโดยเปรียบเทียบลดลงซึ่งหมายถึงราคาบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยถูกกว่าประเทศสิงคโปร์ ทำให้จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นตาม

ราคาโดยเปรียบเทียบของบริการรักษาพยาบาล

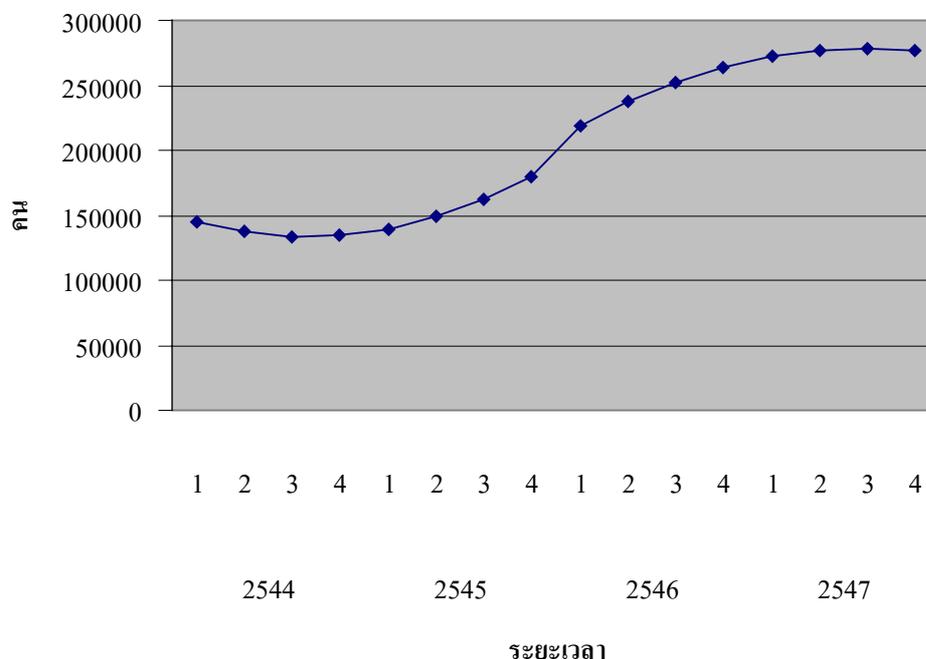


ภาพที่ 25 กราฟแสดงราคาโดยเปรียบเทียบของบริการรักษาพยาบาลของประเทศไทยกับประเทศสิงคโปร์ ปี 2544 – 2547

ที่มา: จากการรวบรวมข้อมูล

ราคาโดยเปรียบเทียบของประเทศไทยกับประเทศสิงคโปร์ในปี 2544 ยังมีราคาค่อนข้างสูงและสูงสุดในปี 2546 ไตรมาสที่ 2 มีราคาประมาณ 3,274.60 บาทต่อดอลลาร์สิงคโปร์ จากนั้นก็เริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องจนมีราคาต่ำสุดในปี 2547 ไตรมาสที่ 4 คือประมาณ 2,982 บาทต่อดอลลาร์สิงคโปร์ (ภาพที่ 25) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของราคาทำให้มีผลต่อจำนวนชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

จำนวนชาวต่างประเทศที่เข้ามารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย



ภาพที่ 26 กราฟแสดงจำนวนชาวต่างประเทศที่เข้ามารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย
ปี 2544 – 2547

ที่มา: จากการรวบรวมข้อมูล

จากการวิเคราะห์พบว่าในช่วงเวลาที่ราคาโดยเปรียบเทียบของประเทศไทยลดลงทำให้มีจำนวนชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลมากขึ้น กล่าวคือ ในปี 2546 ที่ราคาเริ่มลดลงจำนวนผู้เข้าใช้บริการก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 237,663 คน ในไตรมาสที่ 2 ปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 276,218 คนในไตรมาสที่ 4 ปี 2547 (ภาพที่ 26) ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ปัจจัยด้านราคากับจำนวนผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้าม

สรุปได้ว่าการวิเคราะห์ส่วนของอุปสงค์ภายในประเทศที่วิเคราะห์จากปัจจัยรายได้และปัจจัยราคาพบว่าเมื่อรายได้ของชาวต่างประเทศเพิ่มขึ้นอุปสงค์ของบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้น และเมื่อราคาค่ารักษาพยาบาลโดยเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศสิงคโปร์ลดลง จะทำให้อุปสงค์ของบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 15) ซึ่งเป็นไปตามกฎอุปสงค์

ตารางที่ 15 ตารางสรุปความสัมพันธ์ของรายได้และราคาที่มีผลต่ออุปสงค์ของ
บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

ปัจจัย	การเปลี่ยนแปลง	จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศ
1. รายได้เฉลี่ยต่อหัวของชาวต่างประเทศ	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น
	ลดลง	ลดลง
2. ราคาเปรียบเทียบของบริการรักษาพยาบาล ในประเทศไทยกับประเทศสิงคโปร์	เพิ่มขึ้น	ลดลง
	ลดลง	เพิ่มขึ้น

ที่มา: จากการวิเคราะห์

ส่วนที่ 3 อุตสาหกรรมสนับสนุนและเกี่ยวเนื่องภายในประเทศ

ในการวิเคราะห์อุตสาหกรรมสนับสนุนและเกี่ยวเนื่องภายในประเทศนั้น ผู้ศึกษาจะใช้ อุตสาหกรรมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของไทยเพราะประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการนำเข้าเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและในขณะเดียวกันก็มีการส่งออกอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งความต้องการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของไทยในช่วงก่อนเกิดวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วโดยเป็นผลจากการขยายตัวของเศรษฐกิจในช่วงที่ผ่านมา เป็นไปอย่างรวดเร็ว กำลังซื้อของประชาชนสูงขึ้น การตื่นตัว ด้านสุขภาพของประชาชน การระบาดของโรคเอดส์ การขาดประสิทธิภาพในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ บางประเภททำให้ต้องสั่งซื้อเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงและใช้เทคโนโลยีระดับสูง ตลอดจนความต้องการยกระดับการรักษาพยาบาลในประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้มีการลงทุนด้านโรงพยาบาลและสถานรักษาโรคประเภทต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก

ดังนั้นในการศึกษาอุตสาหกรรมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้ศึกษาจะศึกษาในหัวข้อหลัก 3 หัวข้อ ได้แก่ ประเภทผลิตภัณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และผลิตภัณฑ์ที่มีศักยภาพในการส่งออก

ประเภทผลิตภัณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

ผลิตภัณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สามารถจำแนกตามลักษณะการใช้งาน และตามระดับเทคโนโลยีการผลิต ดังนี้ (กรมส่งเสริมการค้าส่งออก, 2548)

1. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำแนกตามลักษณะการใช้งาน ได้แก่

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจรักษา เช่น เตียงผ่าตัด กล้องขยาย ผ่าตัดตา ชุดผ่าตัดหูชั้นกลาง และชุดผ่าตัดทางหน้าท้อง เป็นต้น

1.2 เครื่องมือทดสอบทางการแพทย์ เช่น ชุดตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และชุดตรวจการตั้งครรภ์ เป็นต้น

1.3 อุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้สิ้นเปลือง เช่น สายให้น้ำเกลือ สายให้เลือด ถุงปัสสาวะ และพลาสติก เป็นต้น

1.4 อวัยวะเทียมและวัสดุที่ใช้ทดแทน เช่น กระดูกเทียม ชุดเครื่องมือยึดกระดูก และผิวหนังเทียม เป็นต้น

2. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำแนกตามระดับเทคโนโลยีการผลิต ได้แก่

2.1 กลุ่มผลิตภัณฑ์ที่ใช้เทคโนโลยีระดับต่ำได้แก่วัสดุสิ้นเปลืองต่าง ๆ เช่น ถังมือยาง กระบอกฉีดยา เข็มเย็บแผล เป็นต้น นอกจากนี้จะเป็นผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็นผู้ป่วย/รถเข็นอุปกรณ์ต่าง ๆ และเครื่องปั่นตกตะกอน ซึ่งผู้ผลิตของไทยสามารถผลิตได้ด้วยต้นทุนที่ได้เปรียบคู่แข่ง คุณภาพได้มาตรฐานสากล ความต้องการในตลาดมีปริมาณมาก และต่อเนื่อง

2.2 กลุ่มผลิตภัณฑ์ที่ใช้เทคโนโลยีระดับปานกลาง ได้แก่ ยูนิททำฟัน เครื่องมือผ่าตัด เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเอ็กซเรย์ทั่วไป เครื่องตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องชุดหีนปุน เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้ควรสนับสนุน ให้ผู้ผลิตภายในประเทศวิจัยและพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ให้มี คุณภาพมาตรฐานทัดเทียมต่างประเทศ เพื่อจะช่วยลดการพึ่งพาสินค้านำเข้าจากต่างประเทศอีกทางหนึ่ง

2.3 กลุ่มผลิตภัณฑ์ที่ใช้เทคโนโลยีระดับสูง พบว่า การพัฒนาผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้ของผู้ผลิตประเภทไม่ร่วมทุนกับต่างประเทศยังเป็นไปไม่รวดเร็วเท่าที่ควรมีการวิจัยและผลิตออกมาจำหน่ายเพียงไม่กี่ประเภท เช่น เครื่องมือทดสอบทางการแพทย์/น้ำยาทดสอบสำเร็จรูป และเครื่องตรวจชีวเคมีแบบอัตโนมัติ เป็นต้น

การผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (กรมส่งเสริมการค้าส่งออก, 2548)

1. กลุ่มการผลิตเพื่อใช้งานเอง เช่น ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ สถาบันวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งเครื่องมือส่วนใหญ่จะใช้เทคโนโลยีระดับต่ำ

2. กลุ่มการผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศ ส่วนใหญ่เจ้าของกิจการจะเป็นคนไทย 100% การผลิตส่วนมากจะเป็นการนำเข้าชิ้นส่วนเข้ามาเพื่อ Repack

3. กลุ่มการผลิตเพื่อการส่งออก จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มเจ้าของกิจการเป็นคนไทย

3.2 กลุ่มร่วมทุนกับต่างชาติ ผลิตเพื่อส่งออกให้กับบริษัทในเครือ หรือเป็นฐานการผลิตให้กับบริษัทต่างชาติ โดยมี Volume การผลิตที่แน่นอน

ประเภทของผลิตภัณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผลิตในประเทศไทยเพื่อการส่งออก ได้แก่

1. สำลี ผ้าก๊อช ผ้าพันแผล พลาสเตอร์ปิดแผล
2. สายดูดเสมหะ
3. ถุงเก็บปัสสาวะ
4. กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยา
5. ชุดให้น้ำเกลือ ชุดให้เลือด

6. ถุงมือยางเพื่อการตรวจโรคและผ่าตัด
7. เครื่องเอ็กซเรย์ และอุปกรณ์ในการทำเอ็กซเรย์
8. เอ็นเย็บแผล ไหม และวัสดุเย็บแผล

การส่งออกสินค้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของไทย (กรมส่งเสริมการส่งออก, 2548)

การส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของไทย ในช่วงปี 2544 - 2547 ที่ผ่านมามีมูลค่าการส่งออกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2544 ส่งออก เป็นมูลค่า 195.45 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2545 ส่งออกเพิ่มขึ้นเป็น 215 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปี 2544 ซึ่งตลาดส่งออกที่สำคัญ 10 ลำดับแรก ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ เบลเยียม ใต้หวัน เยอรมนี ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส เกาหลีใต้ และอินเดีย (ตารางที่ 15) สำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของไทยถือว่ามีความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากตลาดการค้าของโลกมีลักษณะไร้พรมแดน ทำให้ผู้ประกอบการต้องปรับตัวเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์การแข่งขันที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคต

ตารางที่ 16 ตารางแสดงตลาดส่งออกสำคัญของสินค้าเครื่องมือแพทย์ ปี 2545 – 2547

ประเทศ	มูลค่า: ล้านดอลลาร์ USD				อัตราการขยายตัว: ร้อยละ		
	2544	2545	2546	2547	2545	2546	2547
1. ญี่ปุ่น	71.22	72.05	74.70	76.07	1.59	3.68	1.83
2. สหรัฐอเมริกา	52.69	55.55	58.16	60.29	6.85	4.70	3.66
3. สิงคโปร์	21.55	23.58	25.56	28.00	24.04	8.40	9.55
4. เบลเยียม	4.85	5.50	7.25	9.55	11.11	31.82	31.72
5. ใต้หวัน	4.49	5.35	7.51	9.76	64.62	40.37	29.96
6. เยอรมนี	3.94	3.30	5.26	8.37	13.79	59.39	59.13
7. ออสเตรเลีย	3.38	4.24	6.41	8.85	34.60	51.18	38.07

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ประเทศ	มูลค่า: ล้าน USD				อัตราการขยายตัว: ร้อยละ		
	2544	2545	2546	2547	2545	2546	2547
8. ฝรั่งเศส	3.26	3.26	5.37	7.53	48.86	64.72	40.22
9. เกาหลีใต้	2.61	3.00	5.21	7.49	39.53	73.67	43.76
10. อินเดีย	1.71	2.57	5.76	7.64	69.08	124.12	32.64
1. เวเนซุเอลา	1.43	3.47	5.55	7.65	142.66	59.94	37.84
2. ตุรกี	1.80	2.85	4.95	6.08	58.33	73.68	22.83
3. เวียดนาม	1.62	2.67	3.75	5.87	64.81	40.45	56.53
4. จีน	1.20	2.24	4.30	6.30	86.67	91.96	46.51
5. โคลัมเบีย	1.10	1.96	2.27	4.19	78.18	15.82	84.58
รวม 15 ประเทศ	169.18	191.59	222.01	253.64	13.25	15.88	14.25
ตลาดหลัก	162.03	178.40	201.19	223.55	10.10	12.77	11.11
ตลาดที่มีศักยภาพ	7.15	13.19	20.82	30.09	84.48	57.85	44.52
อื่นๆ	26.27	23.41	14.99	7.36	-10.89	-35.96	-50.90
มูลค่ารวม	195.45	215.00	237.00	261.00	10.00	10.00	10.00

ที่มา: สำนักงานบริการส่งออก กรมส่งเสริมการส่งออก (2548)

ผลิตภัณฑ์ที่มีศักยภาพในการส่งออก

สำหรับกลุ่มประเทศเป้าหมายและผลิตภัณฑ์ที่ควรสนับสนุนเป็นตลาดส่งออกของไทย โดยพิจารณาจากความสามารถในการผลิต ขนาดตลาด และค่าใช้จ่าย ด้านเครื่องมือแพทย์ ได้แก่ (สำนักงานบริการส่งออก กรมส่งเสริมการส่งออก, 2548)

1. HS 9018.90 : อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่น ๆ ทางวิทยาศาสตร์ ศัลยกรรม ทันตกรรม หรือ วิทยาศาสตร์สัตวแพทย์ รวมถึงเครื่องซินติกราฟิก เครื่องอุปกรณ์การแพทย์ทางไฟฟ้าอื่น ๆ และ อุปกรณ์สำหรับตรวจสายตา สินค้าในหมวด HS9018 ซึ่งมีมูลค่าการส่งออกสูง ได้แก่

1.1 HS9018.19 ได้แก่ อื่น ๆ ในหมวดสินค้าเครื่องวินิจฉัยโรคด้วยไฟฟ้า (ไม่รวม เครื่องบันทึกคลื่นหัวใจไฟฟ้า เครื่องกวาดตรวจด้วยอัลตราโซนิก เครื่องตรวจสอบอวัยวะโดยใช้พลังงานจากแม่เหล็ก และเครื่องซินติกราฟิก) ประเทศนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ และมาเลเซีย

1.2 HS9018.31 ได้แก่ หลอดชนิดยา เข็มชนิดยา หลอดสวน แขนสอด(แกนูลา) และของที่คล้ายกัน ประเทศนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ซิลิ ได้หวัน เปรู โคลัมเบีย เวเนซุเอล่า และเอลซัลวาดอร์

1.3 HS9018.32 ได้แก่ เข็มชนิดยาทำด้วยโลหะและเข็มสำหรับเย็บแผล ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ เวียดนาม จีน ฝรั่งเศส บราซิล อินเดีย ตุรกี ได้หวัน และสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

1.4 HS9018.39 ได้แก่ หลอดชนิดยา เข็มชนิดยา ประเภทอื่น ๆ ประเทศนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ กัมพูชา สิงคโปร์ สหรัฐอเมริกา และเยอรมนี เป็นต้น

1.5 HS9018.49 ได้แก่ อุปกรณ์และเครื่องใช้ทางทันตกรรมอื่น ๆ ประเทศนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ และฮ่องกง

1.6 HS9018.90 ได้แก่ อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่น ๆ ประเทศนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ได้หวัน เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ ตุรกี ออสเตรเลีย เกาหลีใต้ เวียดนาม อิรัก ซิเนกัล และรัสเซีย เป็นต้น

2. HS4015.11 ได้แก่ ถุงมือที่ใช้ทางศัลยกรรม (Surgical Gloves) ประเทศนำเข้าที่สำคัญ คือสหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส เยอรมนี ญี่ปุ่น อิตาลี อิสราเอล ซาอุดีอาระเบีย สเปน ได้หวัน ออสเตรเลีย และโปแลนด์ เป็นต้น การส่งออกไปยังประเทศต่าง ๆ มีความต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีประเทศนำเข้ากว่า 100 ประเทศ

3. HS3005 ได้แก่ แวดคิง ผ้ากอซ ผ้าพันแผลและของที่คล้ายกัน เช่น ของที่ใช้แต่งแผล พลาสเตอร์ปิดแผล ผ้าปิดยาพอก ซึ่งอาจซึมหรือเคลือบด้วยสารที่เป็นเภสัชภัณฑ์หรือที่จัดทำขึ้น ในลักษณะหรือบรรจุภาชนะเพื่อขายปลีก สำหรับใช้ในทางเวชกรรม ศัลยกรรม ทันตกรรม หรือ สัตวแพทย์ ประกอบด้วย

3.1 HS3005.10 ได้แก่ ของที่ใช้แต่งแผลที่มีสารยึดติด เช่น พลาสเตอร์ ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ คือ ออสเตรเลีย มาเลเซีย เวียดนาม สวีเดน พม่า และซาอุดีอาระเบีย เป็นต้น

3.2 HS3005.90 ได้แก่ แวดคิง ผ้ากอซ ผ้าพันแผล สำลี และอื่น ๆ ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ คือ มาเลเซีย ฮังกง และเยอรมนี

4. HS9019 เครื่องใช้ในการบำบัดโรคโดยวิธีทางกล เครื่องนวด เครื่องทดสอบความกดดัน ในทางจิตวิทยา รวมทั้งเครื่องบำบัดโรคด้วยไอโซน ด้วยออกซิเจน ด้วยละอองน้ำ เครื่องช่วยหายใจ หรือระบบอื่น ๆ ประกอบด้วย

4.1 HS9019.10 ได้แก่ เครื่องใช้ในการบำบัดโรคโดยวิธีทางกล เครื่องนวด รวมทั้ง เครื่องทดสอบในทางจิตวิทยา ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และได้หวัน เป็นต้น

4.2 HS9019.20 ได้แก่ เครื่องใช้ในการบำบัดโรคโดยไอโซน ฯลฯ ผู้นำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ ฮังกง เยอรมนี และสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

5. HS9021 ได้แก่ เครื่องใช้ทางศัลยกรรมกระดูก รวมถึงไม้ยันรักแร้ สายรัดทางศัลยกรรม และเครื่องกดไล่เลือดน เป็อกและเครื่องใช้อื่น ๆ ในการรักษากระดูกหัก อวัยวะเทียม เครื่องช่วยฟัง และเครื่องใช้อื่น ๆ ที่ใช้สวม พก หรือฝังในร่างกายเพื่อทดแทนความผิดปกติหรือความพิการ ที่สำคัญประกอบด้วย

5.1 HS9021.21 ได้แก่ ฟันปลอม ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ ฝรั่งเศส และเยอรมนี

5.2 HS9021.29 ได้แก่ อุปกรณ์ติดตั้งเกี่ยวกับฟัน ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ และเดนมาร์ก

6. HS9402.90 ได้แก่ เฟอร์นิเจอร์ที่ใช้ในทางการแพทย์ ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ คือ ฮังการี

7. HS3006.3 ได้แก่ รีโอเจนต์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคที่ทำจากจุลินทรีย์ ประเทศผู้นำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ ฝรั่งเศส

จากการวิเคราะห์ในส่วนอุตสาหกรรมสนับสนุนและเกี่ยวเนื่องภายในประเทศ สรุปได้ว่า บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมีอุตสาหกรรมเครื่องมือทางการแพทย์เป็นอุตสาหกรรมสนับสนุนและบริการที่เกี่ยวข้อง เพราะการที่ประเทศไทยสามารถผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ได้เอง และมีเหลือส่งออกถือเป็นความได้เปรียบของบริการรักษาพยาบาลเพราะสามารถลดต้นทุนในการนำเข้าได้

ส่วนที่ 4 ยุทธการ โครงสร้าง และสภาพการแข่งขันภายในประเทศ

โครงสร้างตลาดธุรกิจการให้บริการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยชาวต่างประเทศภายในประเทศไทย มีลักษณะเป็นตลาดผู้ขายน้อยรายที่มีการให้บริการที่แตกต่างกันของผู้บริโภค เพราะแต่ละโรงพยาบาลมีการเน้นบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยชาวต่างประเทศอยู่จำนวน 15 โรงพยาบาล แต่มีเพียง 3 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่าและมีการรองรับผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่แตกต่างกัน ทั้งเรื่องการเน้นให้บริการทางการแพทย์และบริการเสริมกับชาวต่างประเทศ ซึ่ง 3 โรงพยาบาลที่กล่าวข้างต้นคือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ และโรงพยาบาลพญาไท

โรงพยาบาลกรุงเทพ เน้นการให้บริการกับชาวญี่ปุ่นเป็นส่วนใหญ่ จากการสัมภาษณ์พนักงานและการสังเกต พบว่าผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการกับทางโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นชาวญี่ปุ่นและการเดินทางเข้ามาใช้บริการนั้นเป็นการใช้บริการแบบทัวร์สุขภาพมาเป็นหมู่คณะ เป็นการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ และเมื่อเข้ามาแล้วมักจะมีการพำนักอยู่ในประเทศไทยระยะเวลาหนึ่ง

สำหรับโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เน้นการให้บริการแบบการแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะการรักษาโรคหัวใจ ซึ่งผู้เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่มีความแตกต่างและมีความหลากหลายมากกว่า แต่ที่เห็นชัดและมีจำนวนมากที่สุดคือ ผู้ป่วยกลุ่มประเทศตะวันออกกลางมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี และในการรักษาส่วนมากจะมาเป็นครอบครัวและมีการพำนักอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานเนื่องจากมีการเริ่มมาตรวจสุขภาพ เมื่อพบว่าเป็นโรคและต้องรับการรักษาแบบเฉพาะทางก็จำเป็นต้องอยู่เป็นเวลานาน และที่สำคัญการที่บุคคลใดในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลนั้น สมาชิกในครอบครัวก็จะเข้ามาอยู่ดูแลจนอาการดีขึ้น ซึ่งค่อนข้างใช้เวลานาน ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่า นอกจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จะเน้นการรักษาแบบเฉพาะทางแล้ว ยังมีการเน้นส่งเสริมการตลาดแบบอื่นที่ค่อนข้างครบวงจร เช่น มีร้านอาหารสำหรับอิสลาม ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส มีร้านเสริมสวย มีสถานที่ออกกำลังกายและมีที่พักรับรองสำหรับญาติผู้ป่วย ซึ่งบริการเสริมเหล่านี้สร้างความประทับใจและสร้างรายได้ให้แก่โรงพยาบาลมากขึ้น

สำหรับพฤติกรรมการแข่งขัน จะเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการกระตุ้นอุปสงค์ของผู้ใช้บริการ โดยสร้างมูลค่าให้กับบริการที่มีการใช้งานอยู่ การให้บริการที่ครบวงจร และตรงตามความต้องการของลูกค้า ตลอดจนการร่วมมือกับพันธมิตรทางการค้า เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการให้มีมากยิ่งขึ้น รูปแบบในการแข่งขันจึงไม่ใช่การแข่งขันทางด้านราคา (Non-Price Competition)

ส่วนที่ 5 บทบาทของรัฐบาล

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์บทบาทของรัฐบาลที่มีต่อการสนับสนุนบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งถ้าบริการรักษาพยาบาลได้รับงบประมาณ การสนับสนุน การส่งเสริมก็จะทำให้โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยสามารถรองรับผู้ป่วยชาวต่างประเทศได้มากขึ้นมีศักยภาพในการรักษาและได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ ซึ่งรัฐบาลก็ได้มีการวางแผนยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมและพัฒนาบริการรักษาพยาบาล ดังนี้

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย พ.ศ. 2547-2551

ประกอบด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

1. หลักการและเหตุผล

1.1 โรงพยาบาลเอกชนมีขีดความสามารถเหลือ เป็นโอกาสที่จะพัฒนาบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพโดยยกระดับมาตรฐานคุณภาพสู่สากล

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา รัฐบาลได้จัดให้มีกองทุนประกันสังคมที่ให้สิทธิคุ้มครองด้านการเจ็บป่วยแก่ลูกจ้างในภาคเอกชน ทำให้เกิดผลกระทบต่อ การขยายบริการรักษาพยาบาลของประเทศจากโครงการประกันสังคมดังกล่าว นั่นคือได้สร้างเงื่อนไขให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนแข่งขันกันพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของการจัดบริการเพื่อให้เป็นสถานบริการคู่สัญญาหลัก (Main Contractor) ของโครงการประกันสังคม ดังนั้นจึงเกิดสถานการณ์เร่งรัดการลงทุนของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ปรับปรุงขีดความสามารถของตนเองเพื่อให้เข้าสู่เงื่อนไขการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักของโครงการประกันสังคม จึงมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้ลงทุนปรับปรุงคุณภาพและขยายกิจการเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลเอกชนได้ขยายจำนวนเตียงจาก 14,297 เตียงในปี 2534 เป็น 22,010 เตียงในปี 2535 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 และเพิ่มเป็น 40,825 เตียงในปี 2542 หรือร้อยละ 173.5 จากปี 2534 หรืออัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 21 แต่หลังจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2542 การขยายตัวของโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลเอกชนมีศักยภาพที่จะรองรับการให้บริการผู้ป่วยอยู่มาก เนื่องจากตัวเลขจำนวนเตียงของภาคเอกชนนั้น หมายถึง “จำนวนเตียงที่ขออนุญาต แต่เปิดทำการจริงน้อยกว่านี้และอัตราการครองเตียง (Bed occupation rate) ต่ำกว่าร้อยละ 50” (การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543) และข้อมูลจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2544 พบว่าอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่ร้อยละ 60.45

เป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทั่วประเทศในปี 2545 พบว่าระบบบริการรักษาพยาบาลของประเทศมีประสิทธิภาพมากขึ้น กล่าวคือในปี 2545 การใช้บริการของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่าง ๆ ลดลงจากปี 2544 ทั้งจำนวนครั้งที่รับบริการและจำนวนวันนอน แต่เพิ่มที่บริการผู้ป่วยนอกแทน ดังนั้นจึงสามารถอนุมานได้ว่าในปัจจุบันอัตราการครองเตียงของภาคเอกชนลดลงจากการใช้บริการของผู้ป่วยในประเทศอันเนื่องมาจากประสิทธิภาพของระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเองจึงทำให้การคัดกรองผู้ป่วยดีขึ้น มีการไปรักษาพยาบาลตามลำดับขั้นตอนจาก PCU ขึ้นมาตามลำดับ ดังนั้นจึงคาดว่าในปัจจุบันอัตราการครองเตียงของภาคเอกชนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 – 60

1.2 โรงพยาบาลที่มีมาตรฐานสากลและมีความพร้อมเป็นแหล่งรายได้ใหม่ที่มีประสิทธิภาพและขยายตัวได้อย่างต่อเนื่องให้กับประเทศ

โรงพยาบาลรัฐและเอกชนกำลังพัฒนาเข้าสู่ระบบการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากลอย่างไม่หยุดยั้ง ในขณะที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่มีคณะแพทยศาสตร์มีบทบาทเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีชื่อเสียงระดับนานาชาติ อย่างไรก็ตามพบว่าโรงพยาบาลของรัฐมีอัตราการครองเตียงประมาณร้อยละ 90 ยังคงเน้นภารกิจหลักในการดูแลประชาชนไทยตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นศักยภาพที่เหลือจากอัตราการครองเตียงในปัจจุบันส่วนใหญ่จึงเป็นของโรงพยาบาลเอกชน (คาดว่าไม่ต่ำกว่า 10,000 – 15,000 เตียง) ซึ่งสามารถรองรับลูกค้าต่างชาติทำรายได้ให้แก่ประเทศได้ จากผลการสำรวจของกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ พบว่ามีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 33 แห่งที่ได้ให้บริการลูกค้าจากต่างประเทศอยู่แล้วและมีความพร้อมในการให้บริการชาวต่างประเทศ ในขณะที่สมาคมโรงพยาบาลเอกชนได้นำเสนอโรงพยาบาลระดับสากลชั้นนำ 16 แห่ง ที่จะให้บริการแก่ลูกค้าต่างชาติได้ในพื้นที่ในโครงการ Elite Card ของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ นอกเหนือจากนี้จะต้องพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสากล สามารถให้บริการแก่ลูกค้านานาชาติ ดึงเงินตราต่างประเทศ ทำให้เกิดเป็นแหล่งรายได้ใหม่ อีกทั้งยังคาดว่าในอนาคตโรงพยาบาลเอกชนจะมีศักยภาพในการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง

1.3 ชาวต่างชาตินิยมมาใช้บริการรักษาสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไทยให้บริการที่มีความอ่อนโยนทำให้เกิดบริการที่ประทับใจ

ชาวต่างชาตินิยมมาใช้บริการรักษาสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไทยให้บริการอย่างอ่อนโยน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความประทับใจในบริการ

ของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไทยที่ให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคนในครอบครัว

1.4 กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เช่น สปาไทย การนวดไทย การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและการพำนักระยะยาวเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพเป็นสิ่งที่ชาวต่างชาติ นิยมมาใช้บริการในรูปแบบของการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพหรือเชิงสุขภาพ

ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกำลังได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั่วโลก ในประเทศไทยธุรกิจการให้บริการสปาไทย การนวดไทย การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพระยะยาวได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากสังคมสมัยใหม่ ทำให้ผู้คนเกิดความเครียด การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นทางเลือกใหม่ เป็นวิถีชีวิตที่คนในปัจจุบันแสวงหา

การขยายตัวของธุรกิจสปาในประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็วในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากผลสำรวจอุตสาหกรรมสปาในประเทศไทย Spa Industry Survey: Thailand 2002 ของบริษัท intelligentspas จำกัด โดยความร่วมมือของสมาคมสปาไทย พบว่า ในปี 2545 ประเทศไทย มีนักท่องเที่ยวต่างประเทศมาใช้บริการในประเทศ 2.6 ล้านคน ทำให้เกิดรายได้เข้าประเทศ 85 ล้านดอลลาร์ และพบว่ามีผู้ประกอบการธุรกิจสปารวมทั้งสิ้น 230 แห่ง ก่อให้เกิดการสร้างงานมากกว่า 40,000 คน ผลการสำรวจยังพบว่า

- 1) การใช้บริการสปาเพิ่มขึ้นร้อยละ 64 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา
- 2) ผู้ใช้บริการสปาในประเทศไทยมีจำนวน 3.3 ล้านคนระหว่างปี 2544-2545 โดยร้อยละ 80 เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ
- 3) ผู้ใช้บริการเป็นเพศหญิงร้อยละ 59 และเป็นชายร้อยละ 41
- 4) สปาส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในโรงแรมหรือในสถานที่พักตากอากาศ
- 5) โดยเฉลี่ยแล้ว สปาแต่ละแห่งมีห้องให้บริการ 8 ห้อง
- 6) โดยเฉลี่ยแล้ว สปาในโรงแรมมีห้องคู่ 7 ห้อง ในขณะที่สปาในสถานที่พักตากอากาศมีห้องคู่ 4 ห้อง
- 7) ปกติจะจ้างพนักงานทำงานแบบเต็มเวลา
- 8) โดยเฉลี่ย ครึ่งหนึ่งของรายได้ของสปามาจากการให้บริการนวด

ดังนั้น ธุรกิจสปาจึงเป็นธุรกิจส่งเสริมสุขภาพหนึ่งที่น่าจะเป็นโอกาสที่จะสร้างรายได้จากต่างประเทศ โดยจะต้องสร้างความมั่นใจด้านมาตรฐานสากล และคุณภาพบริการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, 2547)

การนวดแผนไทย (Thai Traditional Massage) ที่มีเอกลักษณ์ความโดดเด่นของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยกำลังได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย กระจายอยู่ตามแหล่งท่องเที่ยวและจัดไว้บริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของบริการในธุรกิจสปา การนวดไทยจึงสามารถนำสร้างรายได้จากต่างประเทศได้อีกธุรกิจหนึ่ง

การดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Stay Health Care) สำหรับผู้สูงอายุและผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเป็นบริการหนึ่งสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นและประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย เช่น สวีเดน กำลังให้ความสนใจที่จะส่งผู้สูงอายุหรือผู้ปัญหาสุขภาพมารับการดูแลสุขภาพระยะยาวในประเทศไทย

1.5 ผลกระทบสุขภาพและสมุนไพรไทยมีคุณภาพมาตรฐาน ทำให้เกิดความนิยมใช้ภายใต้กระแสสุขภาพทั่วโลก

การรักษาสุขภาพได้รับความสนใจจากคนทั่วโลกซึ่งตื่นตัวกับการนำผลผลิตทางธรรมชาติมาใช้ประโยชน์เพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารสุขภาพ การใช้สมุนไพรเพื่อเป็นยาอาหาร เครื่องสำอาง ในประเทศไทยการใช้สมุนไพรเป็นภูมิปัญญาไทยที่สืบทอดกันมาช้านาน ในปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการใช้ประโยชน์ การบรรจุ การแปรรูป และการทำผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้ทันสมัยสอดคล้องกับวิถีชีวิตสมัยใหม่เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบันมีผู้ผลิตสมุนไพรในประเทศไทยประมาณ 600 ราย จากพฤติกรรมผู้บริโภคสมุนไพรของคนไทย พบว่าคนไทยนำเข้าสมุนไพรจากต่างประเทศปีละ 20,000 ล้านบาท ผลิตเพื่อบริโภคภายในประเทศปีละ 10,000 ล้านบาท ส่งออกสมุนไพรสู่ตลาดโลกปีละ 1,000 ล้านบาท จากการประมาณการส่งออกจากสมาคมผู้ผลิตยาสมุนไพรไทยได้คาดการณ์ส่งออกสมุนไพรไทย 4 กลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์เด่น (Product of Excellence) 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน กระจ่างดำ กวาวเครือขาว ฟ้าทะลายโจร ใบหม่อน คาดว่าภายในปี 2551 มูลค่าการผลิตสมุนไพรไทยเพื่อลดการนำเข้าคิดเป็นมูลค่า 6,000 ล้านบาทต่อปี ในขณะที่การส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพรไทยคิดเป็นจำนวน 7,000 ล้านบาทต่อปี

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) เพื่อพัฒนาธุรกิจบริการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพและสมุนไพรไทยให้สามารถเป็นผู้นำในเวทีโลกได้อย่างแท้จริง

2. วิสัยทัศน์

ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Thailand: Center of Excellent Health Care of Asia) ภายใน 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2551) ทั้งนี้ได้กำหนดให้มีบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพหลักที่เป็นรายได้หลักเข้าสู่ประเทศ (Product of Excellence) จำนวน 3 ผลผลิต ได้แก่ ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย ซึ่งแต่ละผลผลิตได้กำหนดวิสัยทัศน์ย่อยไว้ดังนี้

2.1 วิสัยทัศน์ของการพัฒนาธุรกิจบริการรักษาพยาบาล: ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชีย (Thailand: The Excellent Medical Hub of Asia)

2.2 วิสัยทัศน์ของการพัฒนาธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ: ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของเอเชีย (Thailand: The Wellness Capital of Asia)

2.3 วิสัยทัศน์ของการพัฒนาธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย: ประเทศไทยเป็นแหล่งกำเนิดของสมุนไพรที่ทรงคุณค่าเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Thailand: The Origin of Precious Herbs for Superior Health)

3. พันธกิจ

กระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจส่งเสริม สนับสนุนทั้งภาครัฐและเอกชนให้พัฒนาบริการและสินค้าสุขภาพทั้ง 3 ผลผลิตให้มีมาตรฐานระดับสากล ส่งเสริม สนับสนุนธุรกิจสุขภาพและสร้างหลักประกันด้านคุณภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค

4. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมสนับสนุนทั้งภาครัฐและเอกชนให้พัฒนาบริการธุรกิจบริการรักษาพยาบาลให้เข้าสู่มาตรฐานสากลนารายได้เข้าสู่ประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทางทันตกรรม และการตรวจสุขภาพประจำปีธุรกิจสปา การนวดไทย และการดูแลสุขภาพระยะยาวสินค้าประเภทอาหาร ยา และเครื่องสำอาง

5. ยุทธวิธี และกิจกรรมหลัก

5.1 ยุทธวิธีการตลาดและประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้

5.1.1 การประชุมธุรกิจสุขภาพระหว่างประเทศ

5.1.2 การเจรจากับรัฐบาล/ผู้ประกอบการ/บริษัทประกันสุขภาพในประเทศจีน ญี่ปุ่น สวีเดน สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เพื่อให้สามารถโอนค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพระหว่างประเทศได้

5.1.3 เเจรจากับรัฐบาลจีนในเรื่องความร่วมมือในการผลิตสมุนไพร ธุรกิจรักษาพยาบาล สปา

5.1.4 เเจรจากับรัฐบาลของประเทศในกลุ่มตะวันออกกลางในความร่วมมือด้านวิชาการสปาไทย

5.2 Road Show ในประเทศบังกลาเทศ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ จีน ญี่ปุ่น แอฟริกาใต้ อียิปต์ อินเดีย ออสเตรเลีย และกลุ่มเอเชียแปซิฟิก (สปาโลก)

5.3 Dinner Talk จัดเลี้ยงอาหารเย็นและให้ข้อมูลธุรกิจบริการสุขภาพของประเทศไทย แก่ผู้แทนทางการทูต ลูกค้า ตัวแทนผู้ประกอบการ สื่อต่างประเทศ

5.4 จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในต่างประเทศเป็นภาษาอังกฤษ ง่ายขึ้น เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ ซีดี เอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

5.5 จัดรายการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ เช่น CNN BBC เผยแพร่ทางวิทยุ โทรทัศน์ ในต่างประเทศ

5.6 การสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าในต่างประเทศ

5.7 การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ/ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

5.8 จัดตั้งเครือข่ายบริการข้อมูลธุรกิจบริการสุขภาพในต่างประเทศ

ส่วนที่ 6 เหตุสุดวิสัย

เมื่อรัฐบาลประกาศให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาค เพื่อให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ ย่อมแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้มีการเปิดเสรีการค้าบริการภายใต้ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (The General Agreement on Trade in Services : GATs) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในข้อตกลงภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) ซึ่งเป็นความพยายามครั้งแรกและครั้งสำคัญที่จะก่อตั้งกฎระเบียบที่บังคับใช้ภายใต้การเจรจาพหุภาคีเพื่อที่จะลดข้อจำกัดของการค้าระหว่างประเทศในสาขาบริการ โดย GATs มีกรอบคำมั่นเฉพาะว่าด้วยการระบุเงื่อนไขการเปิดเสรีในสาขาบริการที่ประเทศสมาชิกมีความสมัครใจ โดยประเทศสมาชิกสามารถที่จะคงมาตรการที่เป็นข้อจำกัดเกี่ยวกับการเข้าสู่ตลาด การปฏิบัติเยี่ยงผู้ประกอบกิจการในประเทศ นอกจากนี้ประเทศสมาชิกยังสามารถที่จะให้คำมั่นเพิ่มเติม (Additional commitments) นอกเหนือจากเงื่อนไขสองประการข้างต้นด้วย โดยในหมวดนี้มีมาตราที่เกี่ยวข้องด้วยกันทั้งสิ้น 2 มาตรา ซึ่งมีสาระสำคัญ (เอกสารวิจัยหมายเลข 3 โครงการ WTO Watch, 2547) ดังนี้

การเข้าถึงตลาด (Market Access)

มาตราที่ 16 วรรค 2 ได้ระบุถึงมาตรการป้องกันการเข้าถึงตลาดที่ประเทศสมาชิกไม่สามารถที่จะบังคับใช้ได้ถ้าไม่ได้ระบุไว้ล่วงหน้าในรายการคำมั่นเฉพาะ ซึ่งมีด้วยกันทั้งสิ้น 6 มาตรา คือ

1. จำกัดจำนวนผู้ให้บริการโดยการให้โควตา อำนาจผูกขาดผู้แทนจำหน่าย หรือ มาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ (Economic needs test) ยกตัวอย่างเช่น การจำกัดโควตาสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในต่างประเทศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับสัญชาติของผู้ให้บริการ ซึ่งมองอีกแง่หนึ่งถือว่าเป็น โควตาที่เป็นศูนย์ (Zero quote)

2. จำกัดมูลค่าธุรกรรม หรือสินทรัพย์รวมของธุรกิจบริการโดยการให้โควตา หรือ มาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เช่น จำกัดสินทรัพย์ของสาขาของธนาคารต่างประเทศ ให้เป็นสัดส่วนของสินทรัพย์รวมทุกธนาคาร

3. จำกัดปริมาณในลักษณะของหน่วยการให้บริการ หรือจำนวนรวมของผลผลิตของสินค้าบริการ โดยการให้โควตาหรือมาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เช่น จำกัดเวลาฉายของภาพยนตร์จากต่างประเทศ

4. จำกัดจำนวนรวมของบุคคลธรรมดา (Natural Person) ที่จะเข้ามาทำงานในสาขาบริการต่างๆหรือจำกัดจำนวนของแรงงานที่ผู้ประกอบการบริการว่าจ้างได้ หรือการตัดสินใจว่าใครจำเป็นหรือเกี่ยวข้องต่อการให้บริการ โดยการให้โควตา หรือมาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ (เช่น อนุญาตวิชาชีพที่ขาดแคลนบุคลากรในประเทศ) เช่น จำกัดจำนวนแรงงานและ/หรือค่าจ้างแรงงานจากต่างประเทศไม่ให้เกินสัดส่วนที่กำหนดของจำนวนรวม

5. มาตรการที่จำกัดลักษณะรูปแบบการจัดตั้งทางกฎหมาย (Legal entity) หรือการร่วมทุนจากต่างประเทศ (Joint venture) ที่จะสามารถเข้ามาประกอบธุรกิจบริการ

6. จำกัดการเข้ามามีส่วนร่วมของทุนจากต่างประเทศในรูปของการจำกัดสัดส่วนการถือหุ้นสูงสุดของชาวต่างชาติ หรือจำกัดมูลค่ารวมของการลงทุนจากต่างประเทศไม่ว่าโดยการลงทุนของปัจเจกบุคคล หรือโดยรวมของชาวต่างชาติ

อย่างไรก็ดีข้อจำกัดด้านการเข้าสู่ตลาดเป็นเพียงความพยายามที่จะลดข้อจำกัดในการเข้าไปแข่งขันของผู้ให้บริการจากต่างประเทศแต่ข้อกำหนดนี้เพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการค้าเสรี เนื่องจากผู้ให้บริการจากต่างประเทศหลังจากสามารถเข้าสู่ตลาดได้แล้วยังอาจจะต้องเผชิญมาตรการที่เป็นข้อจำกัดและเลือกปฏิบัติภายหลังจากการเข้าสู่ตลาดแล้ว

การปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติ (National Treatment)

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการเพิ่มการเปิดเสรี ข้อกำหนดเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติกำหนดให้ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศจะต้องปฏิบัติกับผู้ประกอบธุรกิจบริการจากประเทศสมาชิกอื่นในสาขาที่ระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะ อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกสามารถใช้มาตรการที่เลือกปฏิบัติได้ถ้ามาตรการที่เลือกนั้นถูกระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะ

ความตกลง GATs มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติทั้งในส่วนการให้บริการและผู้ให้บริการ ซึ่งแตกต่างจากในกรณีของ GATT ที่กำหนดหลัก National Treatment นี้เฉพาะสินค้าแต่ไม่รวมถึงผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการซึ่ง GATs ได้คำนึงถึงธรรมชาติของสินค้าบริการที่สามารถแยกผู้ประกอบการออกจากตัวสินค้าบริการได้ ซึ่งข้อตกลง GATs นั้นประเทศสมาชิกจะเลือกที่จะปฏิบัติตามหลักการนี้โดยสมัครใจ โดยระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะอย่างไรก็ดี วัตถุประสงค์ของมาตรา 17 คือ การปฏิบัติต่อผู้ประกอบการธุรกิจบริการในสาขานั้น ๆ อย่างเท่าเทียมไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการจากประเทศสมาชิกใดก็ตาม โดย GATs ไม่ได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกจะต้องปฏิบัติกับผู้ประกอบการทุกรายเหมือนกัน เพียงแต่ว่าการปฏิบัติที่เหมือนหรือต่างกันนั้นจะต้องมาส่งผลกระทบต่อสถานะการแข่งขันในลักษณะที่ให้ประโยชน์ต่อผู้ประกอบการจากประเทศสมาชิกอื่น

สมาชิกแต่ละประเทศจะต้องทำรายการคำมั่นเฉพาะ โดยระบุสาขาที่จะเปิดเสรีพร้อมทั้งระบุเงื่อนไขมาตรการเกี่ยวกับการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติ โดยประเทศสมาชิกอาจจะวางเงื่อนไขที่แตกต่างกันสำหรับลักษณะรูปแบบการให้บริการต่าง ๆ ในสาขาบริการเดียวกัน การลดเงื่อนไขการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติโดยหลักการแล้วก็เพื่อต้องการให้เกิดการค้าเสรีเปรียบได้กับการลดอัตราภาษีศุลกากรให้เหลือศูนย์เปอร์เซ็นต์ในสินค้าทั่วไปที่ไม่ใช่บริการซึ่งอุปสรรคทางการค้าบริการไม่ได้อยู่ที่ภาษีศุลกากร แต่อยู่ที่มาตรการที่เข้ามาควบคุมสาขาบริการนั้น ๆ การที่ GATs ให้อิสระกับประเทศสมาชิกในการกำหนดเงื่อนไขการเข้าสู่ตลาด และการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติโดยสมัครใจนั้นก็เพื่อต้องการให้กระบวนการเจรจาต่อรองมาช่วยในการเพิ่มการเปิดเสรีซึ่งในประเด็นนี้ก็มีหลักการที่คล้าย GATT คือไม่ได้บังคับให้ประเทศสมาชิกลดอัตราภาษีศุลกากรให้เหลือศูนย์เปอร์เซ็นต์ แต่จะใช้การเจรจาต่อรองเพื่อลดมาตรการกีดกันทางการค้า

อย่างไรก็ดี เงื่อนไขการประดับยศคนในชาติถึงแม้จะจำเป็นแต่ก็ไม่เพียงพอที่จะทำให้การเข้าสู่ตลาดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ถ้ามีการประดับยศคนในชาติแต่จำกัดการเข้าสู่ตลาด หรือถ้ามีการควบคุมภายในประเทศที่เข้มงวดในสาขาบริการ โดยเข้มงวดกับทุกผู้ประกอบการ

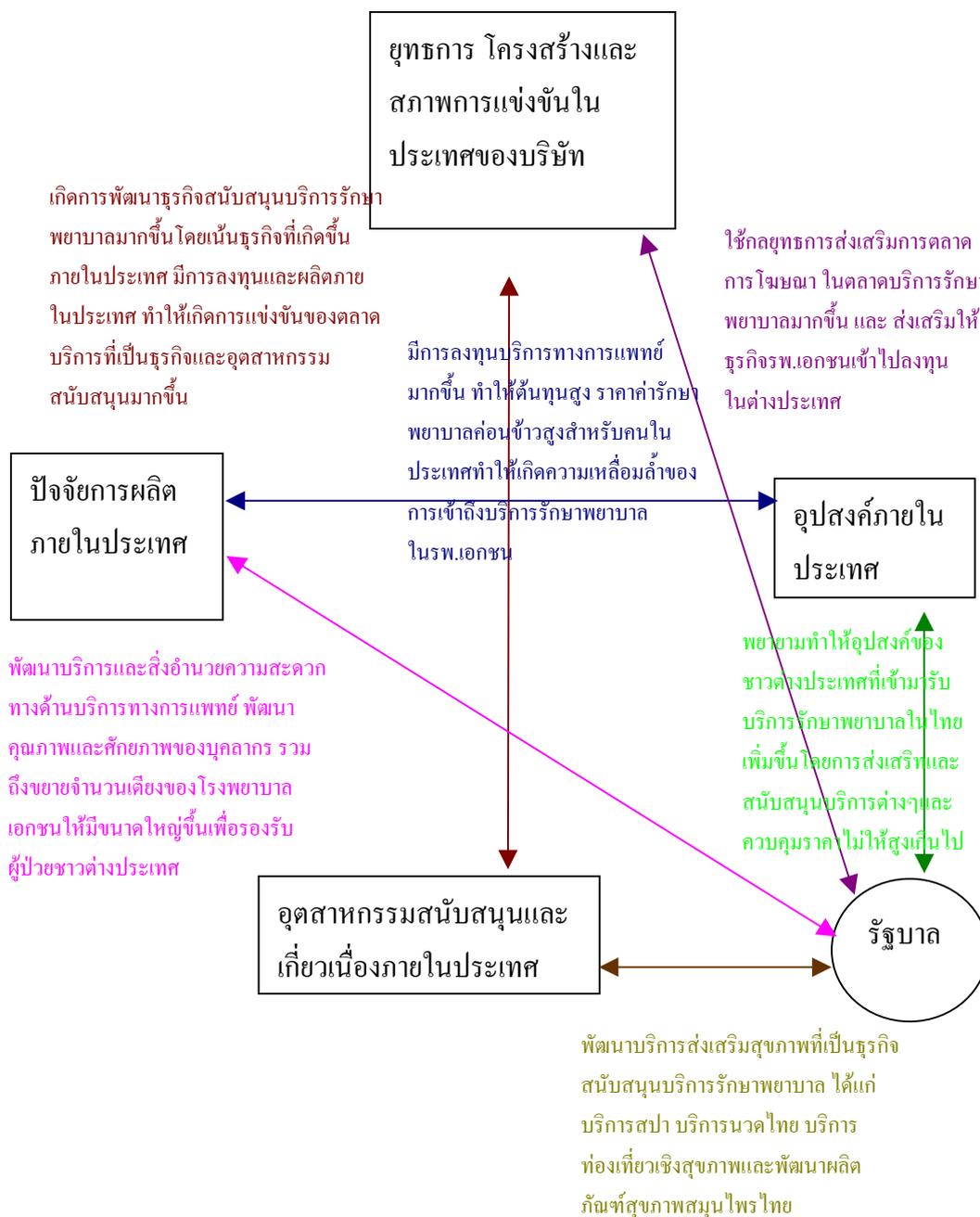
จากปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดระบบเพชรนั้น สามารถสรุปได้ โดยแยกประเด็นการอธิบายเป็น 2 ประเด็น คือ ความสัมพันธ์และผลกระทบของการที่ประเทศไทยปฏิบัติตามข้อตกลงทั่วไปว่าด้วย การค้าบริการ (The General Agreement on Trade in Services : GATS) และความสัมพันธ์และผลกระทบของบทบาทรัฐบาลกับปัจจัยอื่น ๆ ในระบบเพชรสมบูรณ์ ดังภาพที่ 27 และ ภาพที่ 28 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยในระบบเพชรสมบูรณ์สามารถสรุปออกมาได้ดังภาพ



ภาพที่ 27 ความสัมพันธ์และผลกระทบของการที่ประเทศไทยปฏิบัติตามข้อตกลงทั่วไปว่าด้วย การค้าบริการ (The General Agreement on Trade in Services: GATS)

ที่มา: จากการวิเคราะห์



ภาพที่ 28 ความสัมพันธ์และผลกระทบของบทบาทรัฐบาลกับปัจจัยอื่น ๆ ในระบบเพชรสมบูรณ์
ที่มา: จากการวิเคราะห์