

# การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย : ความท้าทายและ การพัฒนา

## Medical Tourism Thailand : Challenges and Development

พรมิต ฤกษ์เกษม

Pornmit Kulkalyuenyong

### บทคัดย่อ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยได้รับความนิยมที่เพิ่มขึ้นมาโดยลำดับในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และเป็นอีกหนึ่งยุทธศาสตร์ของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ในการสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีความหมายเฉพาะสำหรับการที่นักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางออกจากประเทศตนไปทำการรักษาในประเทศอื่น ซึ่งส่วนใหญ่มีเหตุผลหลักในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่า และระยะเวลาในการรอรักษาที่น้อยกว่า เหตุผลดังกล่าวนับว่าเป็นการสร้างโอกาสให้แก่ประเทศไทยที่นอกเหนือจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศกลุ่มลูกค้านำเข้า เพราะค่ารักษาในประเทศไทยถูกกว่าประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นคู่แข่งหลัก และมีบางรายการที่ค่ารักษาถูกกว่าประเทศอินเดียและเม็กซิโก แต่ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยนับว่าเป็นความท้าทายที่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ ภาครัฐจึงควรกำหนดแนวทางในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ อาจด้วยการสนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนสมัครเข้ารับการรับรองมาตรฐาน JCI โดยให้สามารถนำค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปรับปรุงระบบงานตามมาตรฐานมาหักเป็นค่าใช้จ่ายทางภาษีได้เพิ่มขึ้น จัดให้มีหน่วยงานประสาน

งานกับภาคเอกชนเพื่อจัดให้มีบริการที่ครบวงจร จัดให้มีมาตรการผ่อนปรนเรื่องวีซ่า และเร่งผลิตแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ในขณะที่ทางโรงพยาบาลที่รับนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เอง ควรที่จะพัฒนาบริการให้ครบวงจร

**คำสำคัญ:** การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ / ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ / ความท้าทาย / การพัฒนา / การรับรองมาตรฐาน JCI

### Abstract

Medical tourism in Thailand has gained an increasing popularity in the past 10 years. It is one of the Ministry of Tourism and Sports' strategic plan to increase revenue for the country. Medical tourism is named specifically for a foreign tourist travelling to other countries for the purpose of medical care. Cheaper costs and shorter waiting period of receiving medical care services were main reasons of travelling. Costs of medical care in Thailand was lower than those in Singapore, a major competitor, for all items

ดร. อาจารย์ประจำ คณะบัญชีและวิทยาการจัดการ วิทยาลัยเซนต์ปีเตอร์สเบิร์ก

mentioned in table 2, and some items were lower than those in India and Mexico. These created the opportunities for Thai tourism sector in addition to an entering to the aging society of the targeted countries. However, shortage of Thai doctors and confidence in the quality and safety of care were the challenges to all concerns. Thai government should implement the policy to support private hospitals in getting an accreditation from the JCI and allowing those expenses for more tax deduction, collaborate with private sector to have one-stop service package, ease of visa process, and speed up in producing medical specialists. In terms of the host hospitals, they should provide a full range of services.

**Keyword:** Medical Tourism / Medical Care / Challenges, / Development / JCI Accreditation

## บทนำ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไม่ได้เป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับหลาย ๆ ประเทศที่ใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการหารายได้เข้าสู่ประเทศ มีนักวิชาการจำนวนมากที่ได้ให้ความสนใจในการศึกษาเรื่องนี้ และได้นำเสนอบทความเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สูงถึงร้อยละ 60 ของบทความที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั้งหมดที่ลงในฐานข้อมูลระดับนานาชาติในระหว่างปี 2553-2554 (Hall, 2013) ประเทศไทยก็เช่นกันได้ใช้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นมาตรการหนึ่งของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยวตามแผนพัฒนาการท่องเที่ยวฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) ของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2559) การที่ภาครัฐให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เนื่องจากในช่วงสิบปีที่ผ่านมา มีจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาในรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพิ่มขึ้นจากจำนวน 137,000 คนในปี 2550 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นจำนวน 444,000 คน ในปี 2560 (กันต์สินี กันทะวงศ์วารและคณะ, 2557, หน้า 44) และจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 ต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่เดินทางมาจากประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกร้อยละ 49.8 ยุโรปร้อยละ 14.5 ตะวันออกกลางร้อยละ 10.5 และอเมริกาเหนือร้อยละ 9.6

โดยสัญชาติหลักได้แก่ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และออสเตรเลีย การบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความนิยมมาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพร้อยละ 17.5 ศัลยกรรมร้อยละ 14.1 ทันตกรรมร้อยละ 11.3 ศัลยกรรมกระดูกร้อยละ 10.5 ผ่าตัดหัวใจร้อยละ 6.8 และอื่น ๆ ร้อยละ 39.8 (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2553) การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นอกจากจะสร้างรายได้ให้แก่ประเทศแล้ว ยังเป็นการสร้างงานให้กับอุตสาหกรรมอื่น ๆ เช่น การท่องเที่ยว การขนส่ง โรงแรม และเภสัชกรรม เป็นต้น (Arellano, 2007)

## ความหมายและรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง การที่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเดินทางออกจากประเทศไปรับบริการรักษาตัวที่ต่างประเทศ ซึ่งอาจรวมถึงการทำศัลยกรรมเสริมสวย การทำฟัน จัดฟัน หรือ ศัลยกรรมกระดูก ภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของแพทย์ในโรงพยาบาล (Lunt et al, 2011)

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง การที่บุคคลเดินทางข้ามพรมแดนไปยังต่างประเทศเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานเทียบเท่าหรือดีกว่าในประเทศที่ตนพำนักอาศัย (Heung, Kucukusta and Song, 2010: 238)

Gan และ Frederuck (2011: 1-19) ได้อธิบายไว้ว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มี 4 รูป ดังนี้

รูปแบบที่ 1 นักท่องเที่ยวต่างชาติติดต่อกับโรงพยาบาลในต่างประเทศโดยตรง

รูปแบบนี้ผู้ป่วยมักจะคุ้นเคยกับโรงพยาบาลที่ต้องการเดินทางไปรักษา และทำการประสานงานด้วยตนเองให้เพื่อนที่รู้จัก หรือญาติที่พักอยู่ในประเทศนั้น ๆ ช่วยติดต่อโรงพยาบาลให้ ผู้ป่วยอาจเผชิญกับปัญหาค่ารักษาพยาบาลที่ไม่คุ้มครองหรือคุ้มครองไม่ครบตามกรมธรรม์ประกันสุขภาพ และอาจเผชิญกับความยุ่งยากในเรื่องการจองตั๋วเครื่องบินสำหรับการเดินทาง การจองโรงแรมสำหรับการพักผ่อนระหว่างหรือหลังการเข้ารับการรักษา การขอวีซ่าเดินทางไปรักษาตัว และการรับส่งผู้ป่วยจากสนามบิน เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 นักท่องเที่ยวต่างชาติติดต่อโรงพยาบาลผ่านตัวกลาง

รูปแบบนี้ผู้ป่วยจะติดต่อผ่านตัวกลางให้เป็นผู้ประสานงานทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรงพยาบาล ราย

ละเอียดการรักษา เทียบกันในการเดินทาง และที่พักสำหรับการฟื้นฟูร่างกายหลังจากการรักษา นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลุ่มนี้มักจะอยู่ในวัยกลางคน มีรายได้ระดับปานกลาง อาจมีหรือไม่มีประกันสุขภาพ แต่นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้มักจะไม่มีการเดินทางไปรักษาในต่างประเทศ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการให้บริการของตัวกลางเพิ่มเติมจากค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือในบางครั้งตัวกลางอาจได้รับค่าบริการจากโรงพยาบาลโดยตรง โดยปกติตัวกลางมักจะมีสัญญาให้ผู้ป่วยเซ็นรับทราบว่าจะไม่รับผิดชอบกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษาของผู้ป่วย

รูปแบบที่ 3 นักท่องเที่ยวต่างชาติได้รับการส่งตัวจากบริษัทประกันหรือนายจ้างให้ไปรับการรักษา

เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในประเทศมีราคาสูง บริษัทประกันจึงทำสัญญากับนายจ้างว่าหากลูกจ้างมีปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคบางโรค ทางบริษัทประกันจะทำการส่งตัวไปรักษาในต่างประเทศ วิธีนี้จะช่วยให้นายจ้างจ่ายค่าเบี้ยประกันที่ถูกลง แต่ทางนายจ้างเองอาจต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อเสียอื่นด้วย เช่น การส่งตัวลูกจ้างไปรักษาในต่างประเทศ อาจต้องใช้เวลานาน ทำให้ไม่มีคนทำงานในหน้าที่นั้น และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างคนเพิ่มเพื่อมาทำหน้าที่แทน เป็นต้น

รูปแบบที่ 4 โรงพยาบาลในประเทศส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลในต่างประเทศ

โรงพยาบาลในประเทศส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลในต่างประเทศที่มีความร่วมมือกัน อาจด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาจำนวนมากที่โรงพยาบาลในประเทศตนได้ หรือทางโรงพยาบาลไม่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคดังกล่าว การเดินทางของผู้ป่วยถือเป็นนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศที่รับเข้ามารักษา ซึ่งเป็นการสร้างผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจในด้านรายได้ และสร้างความเชี่ยวชาญแก่แพทย์ที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยในประเทศได้ประโยชน์จากการรักษาด้วย (Horowitz and Resensweig, 2008)

## เหตุผลของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เดินทางไปรักษาตัวในต่างประเทศ

Bye (2007) ได้กล่าวไว้ว่าการที่นักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางไปรักษาตัวในต่างประเทศ มีเหตุผลต่าง ๆ ดังนี้

1) เพื่อรับการรักษาโรคซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่มีในประเทศของตน

2) เพื่อให้สามารถได้รับการรักษาในทันทีโดยไม่ต้องรอการนัดหมายจากแพทย์ในประเทศของตนที่ต้องใช้ระยะเวลา

3) เพื่อให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ถูกลงกว่าการรักษาในประเทศของตน

4) เพื่อรักษาโรคที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยกรมธรรม์ประกันสุขภาพในประเทศ

5) เพื่อซื้อยาในราคาที่ถูกลง

6) เพื่อรักษาโรคที่ไม่ได้รับอนุญาตในประเทศของตน

Horowitz (2008) ได้กล่าวไว้ว่าการที่นักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางเป็นระยะทางไกล ๆ เพื่อไปรับการรักษาในต่างประเทศนั้น มีเหตุผลซึ่งสรุปได้ดังนี้

1) ค่าใช้จ่ายที่ถูกลงกว่าการรักษาในประเทศ

นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลุ่มนี้มักเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประกันคุ้มครองการรักษาพยาบาลและส่วนใหญ่เดินทางมารับการศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรม การผ่าตัดแปลงเพศ และการผสมเทียม เป็นต้น ซึ่งต้องเสียค่ารักษาจำนวนมากหากทำการรักษาในประเทศตน นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ต้องยอมรับกับคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นว่าจะดีเท่ากับการรักษาในประเทศหรือไม่ ต้องมีค่าใช้จ่ายในส่วนของที่พักรักษาการเดินทางเพิ่มขึ้น มีสถิติเปิดเผยไว้ว่านักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากประเทศอเมริกาเดินทางไปผ่าตัดที่ประเทศอินเดียสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายถึงร้อยละ 75

2) ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของประเทศตนนาน

ผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศที่ใช้สวัสดิการการรักษาที่จ่ายโดยรัฐบาล มักจะต้องใช้ระยะเวลาในการรอนาน ผู้ป่วยจึงมักจะตัดสินใจไปรับการรักษาในประเทศอื่นที่มีระยะทางไม่ไกลนัก เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง และค่ารักษาพยาบาลไม่แพงมาก เช่นมีช่างประปาวัยกลางคนจากประเทศแคนาดาต้องการเปลี่ยนสโปก หากเขาเปลี่ยนที่โรงพยาบาลในประเทศจะต้องรอนานถึง 20 สัปดาห์ ซึ่งเขากังวลว่าในขณะที่รอการรักษาจะไม่สามารถทำงานต่อได้และจะต้องถูกเลิกจ้าง เขาจึงตัดสินใจขับรถไปกรุงวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกาภายหลังจากสอบถามค่ารักษาพยาบาลแล้ว อยู่ในระดับที่สามารถจ่ายได้ เขาจึงขับรถไปรักษาโดยใช้เวลาประมาณสองชั่วโมงครึ่ง

### 3) การมีบริการที่ต้องการ

โดยปกตินักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีฐานะทางการเงินที่ดี สามารถที่จะเดินทางออกนอกประเทศไปรับการรักษาในต่างประเทศได้ตามปกติอยู่แล้ว แต่จะมีนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อีกกลุ่มหนึ่งถึงแม้จะสามารถหาบริการที่ต้องการได้ในประเทศ แต่ถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรมและกฎหมายที่ไม่อนุญาตให้ทำ เช่น การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ เนื่องจากผู้หญิงในบางประเทศไม่ได้รับอนุญาตให้บริจาคไข่ และทำการผสมเทียม หรือกรณีของการปลูกถ่ายอวัยวะ และการรักษาโดยใช้สเต็มเซลล์ เป็นต้น

### 4) ความชอบส่วนตัวเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่รักษา

การที่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ระบุว่าต้องการรักษาที่โรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งเป็นการเฉพาะเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงที่สุดเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่ ได้รับการแนะนำจากเพื่อน ๆ ว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ครบครัน หรืออาจเคยเดินทางไปรักษาแล้วในอดีตและต้องเดินทางไปพบหมอเดิมเพื่อติดตามอาการ นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลุ่มนี้อาศัยความสัมพันธ์ที่ยาวนาน การทำการตลาดเพื่อดึงดูดลูกค้ากลุ่มนี้ของโรงพยาบาลอื่นจะไม่ได้ผล

### 5) ความชอบส่วนตัวเกี่ยวกับประเทศที่จะเดินทางไปรักษา

นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เลือกเดินทางไปยังประเทศที่มีแหล่งท่องเที่ยวที่ตนชอบเพื่อทำการรักษาหรือผ่าตัดโรคที่มีอาการรุนแรง เมื่อทำการรักษาเสร็จอาจเดินทางไปพักผ่อนยังแหล่งท่องเที่ยวที่ชอบ หรือมีนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์บางกลุ่มเลือกเดินทางไปยังประเทศที่ห่างไกลและเชื่อว่าสามารถเก็บความลับได้ เช่น เดินทางไปผ่าตัดแปลงเพศ การทำศัลยกรรมหน้า การรักษาโรคพิษสุราหรือยาเสพติด เป็นต้น

## ความท้าทายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

### 1. สังคมผู้สูงอายุที่กำลังเกิดขึ้นทั่วโลก

ประชากรของโลก ในปัจจุบันมีช่วงอายุการทำงานที่ลดลง มีการเกษียณอายุการทำงานเร็วขึ้น คนกลุ่มนี้กำลังทวีขึ้นในการดูแลสุขภาพให้ดูดี ประกอบกับสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นกับประเทศต่าง ๆ เป็นปัจจัยหนุนทำให้เกิดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

เที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย สังคมผู้สูงอายุหมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 (United Nations, 2013) จากตารางที่ 1 สถิติของประชากรในประเทศญี่ปุ่นและประเทศในทวีปยุโรปมีอายุตั้งแต่ 60 ปี เกินร้อยละ 10 อยู่จำนวนมาก ซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลุ่มเป้าหมายของประเทศไทย

### ตารางที่ 1 ประเทศที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 10 อันดับ

ประเทศ	ร้อยละ
1. ญี่ปุ่น	32.0
2. อิตาลี	26.9
3. เยอรมัน	26.8
4. บัลแกเรีย	26.1
5. ฟินแลนด์	26.1
6. กรีซ	25.4
7. สวีเดน	25.2
8. โครเอเชีย	24.8
9. โปตุเกส	24.5
10. ลัตเวีย	24.1

ที่มา: United Nations, 2013

### 2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่ำกว่า

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับบริการประเภทเดียวกัน ทำให้นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยเฉพาะจากประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา ยุโรป โอเชียเนียต้องการเดินทางมารับบริการทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้น ตารางที่ 2 เป็นการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา กับประเทศไทย สิงคโปร์ อินเดียและเม็กซิโก จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในประเทศเหล่านี้ต่ำกว่าการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงร้อยละ 57-79 ยกเว้น การเสริมหน้าอกที่ประเทศสิงคโปร์มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงร้อยละ 33 สำหรับประเทศไทย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาถึงร้อยละ 57-79

**ตารางที่ 2** ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ (หน่วย : U\$)

การรักษา	สหรัฐฯ	ไทย	สิงคโปร์	อินเดีย	เม็กซิโก
การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Angioplasty)	47,000	10,000 (-79%)	13,000 (-72%)	11,000 (-77%)	15,000 (-68%)
การผ่าตัดหัวใจแบบบายพาส (Heart Bypass)	113,000	13,000 (-88%)	20,000 (-82%)	10,000 (-91%)	3,250 (-97%)
การเสริมหน้าอก (Breast Implant)	6,000	2,600 (-57%)	8,000 (+33%)	2,200 (-63%)	2,500 (-58%)
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Knee Replacement)	48,000	10,000 (-79%)	13,000 (-73%)	8,500 (-82%)	14,650 (-69%)
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Hip Replacement)	47,000	10,000 (-79%)	12,000 (-74%)	8,250 (-82%)	12,500 (-73%)

ที่มา: Hall, C.M. (2013 : 34)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละของค่าใช้จ่ายที่มากกว่าหรือน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในประเทศสหรัฐอเมริกา หากตัวเลขติดลบหมายถึงน้อยกว่า และหากตัวเลขเป็นบวกหมายถึงมากกว่า

**3. การเกิดสมองไหลของแพทย์**

การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนชั้นนำต้องจ้างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งทางด้านการศึกษาและการให้บริการ เพื่อบริการแก่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ทำให้เกิดการลาออกของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐไปร่วมงานกับโรงพยาบาลเอกชนที่ให้เงินเดือนที่สูงกว่าและมีสภาพ

แวดล้อมการทำงานที่ดีกว่ามาก ส่งผลให้โรงพยาบาลของรัฐเกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยิ่งขึ้น ซึ่งพิจารณาได้จากตารางที่ 3 ที่ในปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยมีอัตราส่วนที่ต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐยังไปทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างมาก (ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจ และเศรษฐกิจฐานราก ธนาคารออมสิน, 2559)

**ตารางที่ 2** อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรของประเทศไทย

ประเภทบุคลากร	อัตราส่วนแพทย์รัฐต่อประชากร	มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก	จำนวนบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเอกชน	
			ประจำ	ชั่วคราว
แพทย์	1 : 3,347	1 : 1,000	5,590	15,114
ทันตแพทย์	1 : 11,668	1 : 10,000	444	1,588
พยาบาลวิชาชีพ	1 : 456	1 : 500	16,668	6,296

ที่มา: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อ้างอิงในศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจ และเศรษฐกิจฐานราก ธนาคารออมสิน, 2559)

4. การสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย การรับนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มารักษาจะมีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ต้องสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยให้เกิดขึ้น ความเสี่ยงต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้ (Hall, 2013 : 37 )

1) รที่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เดินทางมาจากภูมิภาคที่มีอากาศที่แตกต่างจากประเทศไทย ภูมิทัศน์ทางเกี่ยวกับเชื้อโรคอาจไม่เท่ากับการอยู่ในประเทศตน

2) นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อาจมีการรักษาในเบื้องต้นในประเทศตน แพทย์ที่รับเป็นคนไข้จะต้องนำผลการรักษาในเบื้องต้นมาร่วมพิจารณาวางแผนการรักษาด้วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและไม่ต้องเริ่มการรักษาใหม่

3) นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อาจเกิดการเจ็บป่วยที่นอกเหนือจากโรคที่ต้องการรักษา ทำให้เกิดผลการรักษาโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพและทำให้คุณภาพของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร หรืออาจแย่กว่ามาตรฐานการรักษาในประเทศของนักท่องเที่ยวเองได้

4) เมื่อนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เดินทางกลับประเทศภายหลังจากการรักษาเสร็จเรียบร้อย ในขณะที่เดินทางโดยสายการบินกลับ อาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หรือภาวะหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งเป็นการยากที่จะป้องกัน เว้นแต่การรักษาได้รวมค่าใช้จ่ายของแพทย์ในการเดินทางไปส่งถึงประเทศของผู้ป่วย

5) ภายหลังจากที่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลับถึงบ้าน อาจเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ทำให้แพทย์ในประเทศไม่ต้องการรักษาให้ เช่น แพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาไม่ต้องการรักษาคนไข้ที่ไปเปลี่ยนไตในต่างประเทศมา เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้เปลี่ยนให้ตั้งแต่ต้น อาจไม่คุ้นเคยกับระบบการทำงาน

## การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย

1. ภาครัฐให้การสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชนเข้ารับการรับรองมาตรฐานโดย JCI (Joint Commission International) อาจด้วยการให้โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองโดย JCI ให้สามารถนำค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการปรับปรุงระบบการทำงานให้สอดคล้องกับกระบวนการรับรองมา

หักเป็นค่าใช้จ่ายทางภาษีได้เพิ่มขึ้น เป็นต้น เนื่องจากกระบวนการรับรองต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เช่น ค่าสมัคร ค่าพัฒนาบุคลากรให้ได้มาตรฐาน และการลงทุนในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสูง เป็นต้น (Ormond, 2013: 63) ทั้งนี้เพื่อให้นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เกิดความมั่นใจในมาตรฐานคุณภาพการรักษาในระดับสากล เนื่องจากในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยที่ได้รับการรับรองโดย JCI มีจำนวน 56 แห่ง (<http://www.jointcommissioninternational.org>) ถึงแม้จะมากที่สุดที่ภูมิภาคเอเชีย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดจำนวน 343 แห่ง คิดเป็นเพียงร้อยละ 16.3 (ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจ และเศรษฐกิจฐานราก ธนาคารออมสิน, 2559)

2. โรงพยาบาลที่รับนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ควรพัฒนาบริการให้ครบวงจร ซึ่งโดยปกติมี 4 ประเภทด้วยกัน (Todd, 2012: 46-47) ประกอบด้วยผลิตภัณฑ์หลัก ผลิตภัณฑ์พื้นฐาน ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้คาดหมาย และผลิตภัณฑ์อื่น เช่น นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เดินทางมารับการรักษาหัตถ์เข้า ผลิตภัณฑ์หลัก (Core Benefit) ที่ผู้ป่วยต้องการคือการรักษาไม่เจ็บ ตามด้วยผลิตภัณฑ์พื้นฐาน (Basic Product) คือการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยวิธีอื่น ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้คาดหวัง (Unexpected Product or Service) เช่น ความสะดวกสบายในการลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ในขณะที่พักในห้องพักของโรงพยาบาลต้องมีรายการทีวีที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่เข้าใจ มีอาหารสุขภาพที่มีรสชาติดี และพยาบาลสามารถสื่อสารเป็นภาษาที่เข้าใจ นอกจากนี้นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์บางคนอาจต้องการผลิตภัณฑ์อื่น (Potential Product) ในขณะที่อยู่ในระหว่างการพักฟื้น เช่น การนวดผ่อนคลาย การทำสปาหรือการเล่นกอล์ฟ เป็นต้น

3. ภาครัฐควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่สร้างเครือข่ายและประสานงานกับโรงพยาบาลเอกชน บริษัทประกัน สายการบิน และบริษัทที่ดำเนินธุรกิจการท่องเที่ยว เพื่อร่วมกันสร้างบริการทางการแพทย์แบบเบ็ดเสร็จสำหรับนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และจัดทำเป็นคู่มือเพื่อการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลผ่านสำนักงานของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยในต่างประเทศ และสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ โดยมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและชัดเจน

4. เนื่องจากในปัจจุบันอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรในประเทศยังต่ำกว่ามาตรฐานสากลอยู่มาก

ประกอบกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเปิดเสรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ที่แพทย์และทันตแพทย์สามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศอาเซียนได้อย่างเสรี จะยิ่งส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์และทันตแพทย์โดยระบบรับตรงผ่านกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยและระบบโควตาพื้นที่และโครงการพิเศษปีละ 2,800 คนโดยประมาณ (กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2560) เพื่อตอบรับกับนโยบายที่ให้นักรักษาทันตกรรม แพทย์ ภาครัฐจึงควรวางแผนการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์โดยสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลเอกชนในการเร่งผลิตแพทย์เพื่อลดช่องว่างของการขาดแคลนแพทย์ลง และควรเป็นการร่วมกันผลิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและเป็นหลักสูตรหลักสูตรนานาชาติ

5. ภาครัฐควรมีมาตรการผ่อนปรนเรื่องวีซ่าให้นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และญาติหรือผู้ติดตามให้สามารถพำนักในประเทศไทยในจำนวนวันที่เพิ่มขึ้น และยกเว้นค่าธรรมเนียมการตรวจลงตราที่สถานทูตหรือสถานกงสุลไทย โดยเฉพาะกับ 50 ประเทศ/เขตเศรษฐกิจที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยและพำนักได้ไม่เกิน 30 วัน (สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2559) เพื่อให้หลังจากการรักษาแล้ว นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะได้เดินทางไปพักผ่อนตามแหล่งท่องเที่ยวของประเทศไทยต่อไป

## บทสรุป

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาในการเชิญชวนให้นักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาใช้บริการรักษาตัวในประเทศไทยเพื่อเป็นการสร้างรายได้ด้านการท่องเที่ยวให้แก่ประเทศ ภาครัฐควรอาศัยโอกาสทางการตลาดจากการที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของไทยยังถูกกว่าประเทศคู่แข่งหลักในอาเซียน เช่น สิงคโปร์ และจากการที่ประชากรของประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่นและประเทศในยุโรปเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุให้มาเป็นนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันภาครัฐเองจะต้องเร่งผลิตแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เนื่องจากอัตราส่วนจำนวนแพทย์ต่อประชากรที่ให้บริการในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกอยู่มาก ประกอบกับการเปิดเสรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์สามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศสมาชิกอาเซียนได้อย่างเสรี ในขณะที่การผลิตแพทย์และทันตแพทย์ของประเทศไทยมีเพียงปีละไม่เกิน 3,000 คน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้ให้บริการผู้ป่วยในประเทศไม่เพียงพออยู่แล้ว การที่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะเดินทางเข้ามาบริการรักษานั้น ความคาดหวังต่อผลการรักษาในระดับสูง หากประเทศไทยยังไม่มีแนวทางแก้ไขปัญหาการผลิตแพทย์ที่น้อยเกินไป อาจส่งผลเสียต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2559). ข้อเสนอวิสัยทัศน์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2579 (ร่าง) แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2564) และข้อเสนอแนวทางการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย. เข้าถึง [www.moph.go.th/ops/spa/center](http://www.moph.go.th/ops/spa/center) เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2560

- การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (2553).โครงการศึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพทางการตลาดสำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและโครงการสำรวจพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศกลุ่มสุขภาพความงาม. *e-TAT Tourism Journal* ประจำปีไตรมาสที่ 4/2553: 1-2.
- กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย.(2560). รายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2560 เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2560. จาก <http://www9.si.mahidol.ac.th>.
- กันต์สินี กันทะวงศ์วาร อัครพงศ์ อันทอง และ มิ่งสรรพ ขาวสะอาด. (2557). ความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (เมดิคัล). สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนวิจัย (สกว.).
- ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจ และเศรษฐกิจฐานราก ธนาคารออมสิน. (2559). รายงานสถานการณ์และแนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมไตรมาส 2 ปี 2559. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2560, จาก <http://www.gsb.or.th/GSB-Research/GSB-Research02.aspx>.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2559). รายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยว. ฉบับที่ 6 ตุลาคม-ธันวาคม 2559.
- Arellano, R.D. (2007). Patients without Borders: the Emergence of Medical Tourism, *International Journal of Health Services*, 37(1): 193-198.
- Bye D. H.(2007). Shopping Abroad for Medical Care: The Next Step in Controlling the Escalating Health Care Costs of American Group Health Plans?, *The Health Lawyer*, Vol. 19 (5) pp.30.
- Gan, L. and Frederuck, J.R. (2011). Medical Tourism Facilitators: Patterns of Service Differentiation, *Journal of Vacation marketing*. 17(3). pp. 1-19.
- Hall, C.M. (2013). *Medical Tourism: The Ethics, Regulation, and Marketing of Health Mobility*. Abingdon: Routledge.
- Heung, V.C.S., Kucukusta, D. and Song, H. (2010). A Conceptual Model of Medical Tourism: Implication for Future Research. *Journal of Travel and Tourism Marketing* 27(3): 236-251.
- Horowitz, M.D. (2008). Why in the World Do Patients Travel for Medical Care? . *Asia Pacific Biotech News*. 12(7): 24-28.
- Horowitz, M.D. and Resensweig, J.A. (2008). Medical Tourism and Traditional International Medical Travel: A Tale of Two Models. *International Medical Travel Journal*. 3: 30-33 (February 2008).
- Joint Commission International. **JCI-Accredited Organizations**. Retrieved on February 23, 2017 from <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations>.
- Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S., Horsfall D., Mannion R., Medical Tourism: Treatments, Market and Health System Implications: A scoping review, *OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs*, 2011, p. 7
- Ormond, M. (2013). *Neoliberal Governance and International Medical Travel in Malaysia*. New York: Routledge.
- Todd, M.K. (2012). *Handbook of Medical Tourism Program Development*. Boca Raton: CRC Press.
- United Nations. (2013). *World Popular Ageing 2013*. Economic and Social Affairs. United Nations.