

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

๑. การค้าระหว่างประเทศและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย

ระบบเศรษฐกิจของไทยเป็นระบบเปิด และการค้าระหว่างประเทศโดยเฉพาะการส่งออกเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของระบบเศรษฐกิจไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) มีมูลค่า ๙.๐๕๐ ล้านล้านบาท (๒๖๓,๖๐๐ ล้านเหรียญสหรัฐ) โดยมีอัตราการเติบโต ณ ราคาคงที่ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๑ ร้อยละ ๔.๙, ๒.๕ และ -๒.๒ ตามลำดับ (การส่งออกสินค้าและบริการมีมูลค่า ๑๕๐.๙ ล้านเหรียญสหรัฐ) คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๓, ๖๔.๔ และ ๕๗.๒ ของ GDP ตามลำดับ^๑

๒. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นระบบผสมผสานการให้บริการระหว่างภาครัฐและเอกชน^๒ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗๙-๘๐ ให้สิทธิเสมอกันของคนไทยในการรับบริการทางสาธารณสุข โดยรัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้ง จัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๔๓ ได้กำหนดว่า ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และราคาไม่แพง ระบบบริการนี้ต้องสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลักโดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ และข้อ ๕๑ รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ด้านนโยบายของรัฐบาลปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มี ๕ ประเด็น ได้แก่ ๑) การสนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ๒) การสร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค วัคซีน และดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ ๓) ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ๔) ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ ๕) ผลักดันการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในระดับนานาชาติ โดยมียุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ภายใต้นโยบายของรัฐบาลดังกล่าว

๓. ทรัพยากรสาธารณสุข

๓.๑ สถานพยาบาล

ในปี ๒๕๕๐ มีโรงพยาบาลทั้งหมด ๑,๓๓๘ แห่ง (รวม ๑๔๐,๐๐๗ เตียง) โดยภาครัฐมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๑๗ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ ๑๒๑ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๓๓ แห่ง (ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๗๐ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๗๓๓ แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ๕๔ แห่ง) คิดเป็นสัดส่วนการให้บริการตามจำนวนเตียงร้อยละ ๗๘.๒ ของจำนวนเตียงทั้งหมด และภาคเอกชนมีโรงพยาบาล ๓๒๒ แห่ง

๓.๒ บุคลากรสาธารณสุข

(๑) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ ซึ่งแพทย์และพยาบาลได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ในปี ๒๕๔๘ บุคลากรแพทย์ประมาณร้อยละ ๕๑ อยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๒๓.๕ อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงอื่น ๆ และประมาณเกือบร้อยละ ๒๒ สังกัดภาคเอกชน จำนวนแพทย์ทั้งหมดในปี ๒๕๕๓ อยู่ที่ ๓๙,๔๐๖ คน

(๒) รัฐบาลมีนโยบายผลิตแพทย์เพิ่มเป็นระยะตั้งแต่ปี ๒๕๒๒ ในปี ๒๕๓๘ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัยได้มี “โครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD)” โดยมีเป้าหมายผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละ ๓๐๐ คน โดยมุ่งเน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ และในปี ๒๕๔๗ กำหนดให้มีการผลิตแพทย์เพิ่มอีกถึงปีละ ๗๐๐ คน ทำให้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของประเทศเพิ่มจาก ปีละ ๑,๕๒๘ คนในปี ๒๕๔๐ เป็น ๒,๔๐๐ คนในปี ๒๕๕๐ และในอีก ๕ ปีข้างหน้าจะมีแพทย์จบใหม่ราว ๑๐,๐๐๐ คน โดยสถาบันการผลิตแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก ๑๐ แห่ง ในปี ๒๕๔๐ เป็น ๑๗ แห่งในปัจจุบัน โดยอยู่ในภาครัฐเกือบทั้งหมด^๓ สำหรับการผลิตบุคลากรแพทย์โดยภาคเอกชนนั้น ระหว่างปี ๒๕๔๐-๒๕๔๙ มีแพทย์สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ภาคเอกชนจำนวน ๕๙๓ ราย และในขณะนี้ สถาบันการผลิตแพทย์หลายแห่งเริ่มให้ความสนใจกับการเปิดหลักสูตรแพทย์ศาสตร์นานาชาติหรือหลักสูตรภาษาอังกฤษเพื่อผลิตแพทย์ป้อนโรงพยาบาลที่รับคนใช้ต่างชาติ ซึ่งเชื่อว่าน่าจะมีผลกระทบต่อกำลังการผลิตแพทย์โดยรวม

(๓) ถึงแม้จะมีการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง แต่ประเทศไทยยังประสบปัญหาการขาดแคลน และการกระจายตัวไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นมีทั้งระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ระหว่างแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๕๑ พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล หรือในเมืองใหญ่โดยเฉพาะจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์ แต่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดเขตชายแดนภาคใต้มีแพทย์อยู่อย่างเบาบาง ขณะนี้อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรไทยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ ๑:๒,๐๐๐ และอัตราส่วนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากรอยู่ที่ ๑: ๕,๗๕๐ คน^๔ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพิ่มอัตราส่วนเฉลี่ยให้อยู่ที่ ๑:๑,๘๐๐

(๔) จากพฤติกรรมการรับบริการรักษาพยาบาลของประชาชนชาวไทยที่เปลี่ยนไป จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา และแนวโน้มโรคเรื้อรัง ประกอบกับการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความเจ็บป่วยและความต้องการบริการการรักษาพยาบาลของประชาชนคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในปี ๒๕๕๑ ประชาชนไทยร้อยละ ๙๙.๑๖ ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพ ๓ ระบบหลัก ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๔๖.๙๕ ล้านคน) ระบบสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (๕.๐๐ ล้านคน) และระบบประกันสังคม (๙.๘๔ ล้านคน) ประสิทธิภาพ

และประสิทธิผลของหลักประกันสุขภาพดังกล่าวเป็นผลให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิในระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ที่ ๒.๗๕ ครั้งต่อปี ในปี ๒๕๕๑ ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ๒.๔๕ ครั้งในปี ๒๕๔๖^๕ ทำให้เกิดความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบริการที่เพิ่มขึ้น

(๕) นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินธุรกิจ โดยมุ่งเน้นการขยายตลาดเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น ได้ส่งผลต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพมากขึ้น ด้วยเช่นกัน^๖ ทั้งนี้ การเคลื่อนย้ายของบุคลากรไปสู่ภาคเอกชนอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติโดยส่วนใหญ่แล้วเป็นการเคลื่อนย้ายของผู้เชี่ยวชาญจากโรงเรียนแพทย์ ทั้งนี้ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่รับผู้ป่วยชาวต่างชาติพบว่า มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาประมาณ ๔๐ ราย ที่ย้ายมาจากโรงเรียนแพทย์ในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา ขณะที่มีการศึกษาพบว่าในระหว่างปี ๒๕๔๕-๒๕๔๗ มีอาจารย์แพทย์จากทุกโรงเรียนแพทย์ลาออกรวมกัน ๓๕๐ ราย^๗ และระหว่างปี ๒๕๔๘-๒๕๕๒ มีอาจารย์แพทย์จากโรงเรียนแพทย์ ๕ แห่ง ลาออกรวมกันถึง ๑๘๑ ราย^๘ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการผลิตแพทย์และแพทย์เฉพาะทางที่มีปัญหาการกระจายที่ไม่เป็นธรรมอยู่แล้ว

(๖) นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ข้อตกลงทางการค้าภายใต้ ASEAN Framework Agreement on Services ความต้องการภาระงานที่ลดลงของแพทย์ในภาครัฐจากการยึดตามบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องมากขึ้น การตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อขาดแคลนบุคลากรในอนาคต ซึ่งมีการคาดการณ์จำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มเติม บนสมมติฐานว่าประเทศไทยมีจำนวนแพทย์เพียงพอ เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยชาวไทยทั้งระบบในปี ๒๕๕๘ อยู่ที่ ๑,๘๙๑ - ๒,๑๗๕ คน^๙

(๗) จากความต้องการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ในขณะที่การผลิตบุคลากรและการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญจะใช้เวลานานอย่างน้อย ๔-๖ ปี ทำให้ไม่ทันกับสถานการณ์ความต้องการ ดังนั้นการตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวจึงมักเกิดจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรที่มีอยู่ในระบบแล้ว โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

๔. การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของประเทศไทย

๔.๑ ความเป็นมา

จากการที่ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวและมีนักท่องเที่ยวเดินทางมาประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีนักท่องเที่ยวจำนวนหนึ่งเกิดความคุ้นเคยกับประเทศไทย และเมื่อเกิดเจ็บป่วยจึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของไทย และความพึงพอใจในคุณภาพการรักษายาบาลได้ขยายวงกว้างไปเรื่อย ๆ จากนั้นจึงมีกลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติบินตรงเข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศฯ เห็นว่าบริการด้านสาธารณสุขซึ่งประเทศไทยมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันดีในระดับภูมิภาคอยู่แล้ว สามารถสร้างรายได้ให้ประเทศ กระตุ้นการเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงที่เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจเมื่อปี ๒๕๔๐ ได้ จึงได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงการต่างประเทศ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เสนอบริการในรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่มีการนำผู้ป่วยจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงมารับบริการทางการแพทย์และสุขภาพในประเทศไทย และดึงดูดผู้ที่เกษียณอายุมาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่มีการลงทุนขนาดใหญ่ในช่วง

ฟองสบู่ ก็ประสบปัญหาภาวะเตียงว่างจำนวนมาก ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่หลายแห่งจึงพยายามปรับตัวโดยการหาลูกค้าจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูง (เช่น ญี่ปุ่น ยุโรป และตะวันออกกลาง) เข้ามาด้วย และประสบความสำเร็จพอสมควร^{๑๐, ๑๑, ๑๒} ปัจจุบัน ประเทศไทยถือเป็นผู้นำด้านการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติ^{๑๓} และทำรายได้เข้าประเทศประมาณ ๒.๒ พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ๒๕๕๒^{๑๔} ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานการเป็นศูนย์กลางสุขภาพประสบความสำเร็จ คือ ศักยภาพทางการแพทย์ของไทย คุณภาพการบริการ ราคาและผลการรักษาที่ผู้ป่วยต่างชาติพึงพอใจ และความมีอัธยาศัยที่ดีในการให้บริการของชาวไทย

๔.๒ นิยาม และการพัฒนาเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

(๑) ยังไม่มีการบันทึกนิยามการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติไว้อย่างชัดเจน แต่เอกสารวิชาการโดยทั่วไปจะกล่าวถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical tourism) โดยให้คำนิยามไว้กว้าง ๆ ว่าเป็นการเดินทางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Travel with the aim to improve one's health^{๑๕}) ทั้งนี้ ร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๓- ๒๕๕๗) ได้ครอบคลุมความเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยมีผลผลิตหลัก ๔ ด้านคือ บริการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงความเป็นเลิศตามมาตรฐานระดับนานาชาติในด้านการรักษาพยาบาล และวิชาการด้านการแพทย์ (excellent centre) บริการส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งในเอกสารนี้ ประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติหมายถึงเฉพาะการบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากเป็นบริการที่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวมได้

(๒) ปัจจุบันประเทศไทยเป็นที่รู้จักของนานาชาติในฐานะที่เป็นประเทศผู้ให้บริการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดประเทศหนึ่งของเอเชีย จำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่มารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี และสูงถึง ๑.๓๖ ล้านคน ในปี ๒๕๕๑^{๑๖} โดยราวร้อยละ ๒๐ มาจากประเทศในทวีปยุโรป และอีกราวร้อยละ ๒๐ มาจากเอเชียกลางและเอเชียตะวันออก ทั้งนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยชาวต่างชาติคิดเป็นร้อยละ ๒๓.๗ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน และผู้ป่วยชาวต่างชาติสามารถแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มชาวต่างประเทศที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยและใกล้เคียง ราวร้อยละ ๕๐ กลุ่มชาวต่างประเทศที่บินเข้ามารักษาโดยตรง ร้อยละ ๒๗.๖ และอีกร้อยละ ๒๒.๒ เป็นนักท่องเที่ยวที่เจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุระหว่างเดินทางจนต้องเข้ารับการรักษา^{๑๗} สถานพยาบาลที่ดำเนินการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินำโดย โรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก (๔๕ แห่ง) โดยโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยชาวต่างชาติใช้บริการสูงสุด ๓ อันดับแรกอยู่ในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดท่องเที่ยว

๔.๓ การดำเนินนโยบายสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของหน่วยงานรัฐ

จากนโยบายของรัฐบาลเรื่องศูนย์กลางฯ อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ผ่านมา ปัจจุบันมีการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ ๒ ระดับคือ ๑) คณะกรรมการเฉพาะกิจของนายกรัฐมนตรีซึ่งเน้นการพัฒนาเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านการรักษาพยาบาล และ ๒) กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗) โดย

^{๑๐} ข้อมูลจากการสำรวจของกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์

ขณะนี้ได้ดำเนินการร่างแผนฯแล้ว และอยู่ระหว่างการพิจารณาของกระทรวงสาธารณสุขจากร่างแผนยุทธศาสตร์ ฉบับที่ ๒ ศูนย์กลางสุขภาพระดับนานาชาติประกอบด้วย ๔ รูปแบบหลักคือ บริการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยแผนฯ ดังกล่าวมี ๓ ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล และการส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย ๕๗ กิจกรรมหลัก

๔.๔ การเป็นศูนย์กลางสุขภาพในต่างประเทศ

หลายประเทศในภูมิภาคเอเชียให้ความสนใจในการดำเนินงานเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งแต่ละประเทศมีความพร้อมและข้อได้เปรียบแตกต่างกัน ดังนี้^{๑๖}

Competitive advantage	ไทย	สิงคโปร์	อินเดีย	มาเลเซีย	ฮ่องกง
Service/ hospitality	xxxxx	Xx	x	x	xx
Hi-tech hardware	xx	Xxxx	xx	x	xx
HR quality	xxxx	Xxxx	xx	xx	xxx
JCIA	๑๓ แห่ง	๑๓ แห่ง	๑๐ แห่ง	๑ แห่ง	-
Pre-emptive move	xx	Xxx	x	x	x
Synergy/Strategy partner	x	Xx	x	x	x
Accessibility/ Market channel	xx	Xxx	x	xx	x
Reasonable cost	xxxx	X	xxx x	xxx	x

หมายเหตุ จำนวน X ที่มี หมายถึง มีข้อได้เปรียบที่ดี

๕. ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขปัญหา

๕.๑ ผลกระทบ

(๑) การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของไทยในช่วงมากกว่า ๑๐ ปี ที่ผ่านมา ได้ส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผลด้านบวกที่ชัดเจนคือ การสร้างรายได้เข้าประเทศ การเพิ่มรายได้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และสร้างงานในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการท่องเที่ยว การค้าและการบริการต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล^{๑๗} นอกจากนี้ยังเป็นการเผยแพร่ชื่อเสียงของประเทศด้านภูมิปัญญา เอกลักษณ์การดูแลสุขภาพไปยังชาวต่างชาติ เพิ่มศักยภาพในการลงทุนขนาดใหญ่ของประเทศ เกิดการเพิ่มโอกาสการจ้างงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ การไหลย้อนกลับของบุคลากรที่ไปปฏิบัติงานในต่างประเทศ การพัฒนาทักษะทางการแพทย์เพื่อเตรียมพร้อมในการให้บริการ และมีขีดความสามารถในการติดตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ได้ดีขึ้น เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยี และการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลไปสู่ระดับสากล

(๒) สำหรับผลกระทบด้านลบที่มีการคาดการณ์ไว้สามารถสรุปได้หลัก ๆ คือ การเข้าถึงบริการของประชาชนไทย อันเนื่องจากปัญหาสมองไหลจากรัฐไปเอกชนทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาผู้ให้บริการในภาครัฐไม่เพียงพอแต่ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากแบบแผนการเจ็บป่วยและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ อาจส่งผลกระทบต่อค่าบริการโดยอาจกระตุ้นให้ค่าบริการสูงขึ้นได้

(๓) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะแพทย์ที่เก่งที่มีชื่อเสียงอย่างมากในภาคเอกชน ซึ่งแพทย์เหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งต้องใช้เวลากว่า ๑๐ ปีที่จะสร้างอาจารย์แพทย์แต่ละคน และเป็นตัวจักรสำคัญในการสอนนักเรียนแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน และการบริการผู้ป่วยที่มีรักษา การไหลออกของอาจารย์แพทย์ส่งผลกระทบต่อให้อาจารย์แพทย์ที่เหลืออยู่ทำงานหนักขึ้น และผลที่ตามมาในอนาคตอันไม่ไกล อาจทำให้คุณภาพในการผลิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางด้อยลง และจะส่งผลกระทบต่อระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขไทยในอนาคต^{๑๗}

๕.๒ กลไกการติดตาม เฝ้าระวังผลกระทบ

(๑) มีข้อเสนอแนะว่า เนื่องจากการดำเนินการเรื่องการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีเป้าหมายที่ประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ ผลกระทบทั้งผลบวกและผลลบอาจเกิดขึ้นกับระบบและภาคีต่าง ๆ อย่างไม่สมดุล ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายและแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน (ด้านบุคลากร ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนอย่างเป็นรูปแบบ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในมิติต่าง ๆ การกำหนดระบบต่าง ๆ ของภาครัฐ) ความตระหนักในผลกระทบด้านลบ รวมถึงการกำหนดมาตรการเยียวยาสำหรับภาคส่วนที่ได้รับผลกระทบด้านลบของร่วมกันทุกภาคส่วน หน่วยงาน และองค์กร จะนำมาซึ่งการดำเนินงานที่ดีต่อไป

(๒) การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ได้มีมติเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการจัดตั้งกลไกคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบทั้ง ด้านบวกและลบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และตรวจสอบผลกระทบทั้งด้านบวกและลบที่เกิดจากข้อตกลงที่มีผลบังคับใช้ไปแล้ว สำหรับนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อพัฒนา ปรับปรุงและเยียวยา ทั้งนี้ให้กลไกนี้มีอิสระจากกลไกที่ทำหน้าที่ในการเจรจาการค้า จากข้อมติดังกล่าวนายกรัฐมนตรีได้แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ

๖. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๘

เอกสารอ้างอิง

- ๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Thai economic performance in Q2 and economic outlook for 2010. Aug 23, 2010. www.nesdb.go.th
- ๒ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สุวัช เขียวศิริวัฒนา, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และ รุจิรา ทวีรัตน์. คณะบรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๔-๒๕๔๗. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
- ๓ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, นิธิศ วัฒนมะโน และ รุจิรา ทวีรัตน์. คณะบรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๑.
- ๔ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข http://www.pi.ac.th/news/newsdetailP.php?type_id=377&hot_id=2&dep_id=23
- ๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๒.
- ๖ ชินกร โนรี. วิกฤตความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย: ทิศทางและแนวโน้ม. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; ๒๕๕๑.
- ๗ อติสร ภัทราดุลย์. แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบ นโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค (Medical Hub of Asia); ๒๕๔๘.
- ๘ ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
- ๙ Pachanee C, Wibulpolprasert S (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. Health policy and Planning. 21(4): 310-318.
- ๑๐ Pachanee C, Wibulpolprasert S. Incoherent policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade in Health Services in Thailand. Health Policy and Planning 2008;21(4):310-8.
- ๑๑ อัญชญา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง, ศิริชัย จินดารักษ์. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย (Thailand Medical Hub) เสนอคณะกรรมการเศรษฐกิจภาคบริการ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; สิงหาคม ๒๕๕๑.
- ๑๒ Suppradit T. Thailand: Medical Hub Update ๒๐๑๐: The Private Hospitals' Association; 2553. (unpublished)
- ๑๓ Smith RD, Chanda R, Tancharoensathien V. Trade in health-related services. The Lancet 2009;373(9663):593-601.

- ๑๔ Bookman M and Bookman K (2007) Medical Tourism in Developing Countries. New York: Palgrave MacMillan.
- ๑๕ ข้อมูลจากการศึกษาของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒
- ๑๖ ร่างบทสรุปสำหรับผู้บริหารเรื่องการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (นโยบาย Medical Hub)
- ๑๗ อติศร ภัทราดุลย์ (๒๕๕๘) ผลกระทบนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทย มติชนรายวัน วันที่ ๑๖/๐๗/๒๐๐๕