

แนวคิด ความล้มเหลว และผลกระทบ
นโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค
(Medical Hub of Asia)

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิสร ภัทราดุลย์

นโยบาย **Medical Hub of Asia** ของรัฐบาลเพื่อสร้างระบบการบริการสุขภาพไทยให้เป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติ ให้ชาวต่างชาติเข้ามารับบริการทางการแพทย์ หรือการดูแลสุขภาพ นำมาซึ่งรายได้เข้าประเทศโดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ ได้ตั้งเป้าหมายไว้ในปี 2551 มีเงินเข้าประเทศทางด่านนี้สูงถึง **80,000** ล้านบาท

มองดูอย่างผิวเผิน นโยบาย **Medical Hub of Asia** น่าจะเป็นนโยบายที่สวยหรู สามารถทำเงินให้ประเทศได้ตามเป้าที่ตั้งไว้ เพราะโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากหลายแห่งรับนโยบายนี้ทันทีอย่างรวดเร็ว (**The Nation, 18 May 2004, p 4B**) ธุรกิจเครือกรุงเทพฯ ดุสิต คาดการณ์ขนาดของเศรษฐกิจว่า จะขยายตัวจากการรักษาผู้ป่วย **630,000** รายเมื่อปี **2547** (นำรายได้เข้าประเทศถึง **1** หมื่น **9** พันล้านบาท) เพิ่มขึ้น **800,000** คน ในปี **2548** (นำเงินเข้า **2** หมื่นล้านบาท) และปี **2549** คาดว่าจะเป็น **1** ล้านราย (นำรายได้เข้าประเทศ **3** หมื่นล้านบาท) จากข้อมูลของกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์พบว่าจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่มารักษาในประเทศไทยในปี **2544, 2545** และ **2546** มีจำนวนทั้งหมด **550,161 630,000** และ **973,532** ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยรวมร้อยละ **14.51** ในปี **2545** และร้อยละ **54.5** ในปี **2546**

จากการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยต่างชาติในอนาคตที่มารักษาในประเทศไทยของผู้วิจัย วีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยต่างชาติโดยใช้ **3** วิธีการที่แตกต่างกันได้แก่

- 1. Weighted Moving Average (WMA)**
- 2. สมการถดถอยเชิงเส้นตรง (Linear Regression)**
- 3. สมการถดถอยที่ไม่เป็นเส้นตรง (Non Linear Regression)**

ได้ผลดังรายละเอียดในตารางที่ 1

สมาคมโรงพยาบาลเอกชนที่รวมตัวกันเสนอผลการดำเนินงานต่อเนื่องจนบัดนี้ เกือบ **2** ปี ทุกอย่างดีเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และแน่นอนเงินตราเข้าประเทศต้องเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลโดยตรง และจากทางอ้อมโดยตัวผู้ป่วยเองหรือครอบครัวเข้ามาพำนักอยู่ในประเทศ ในช่วงเวลาที่มีารับบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 1 การคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยต่างชาติทั้งหมดที่รักษาในประเทศไทย

จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ (คน)			
ปี	WMA	Linear (1)	Non-Linear (2)
2544	550,161	550,161	550,161
2545	630,000(14.5)	630,000(14.5)	630,000(14.5)
2546	973,532(54.5)	973,532(54.5)	973,532(54.5)
2547	1,000,000(2.72)	1,141,271(17.2)	999,013(2.6)
2548	1,219,510(21.9)	1,352,957(18.5)	1,078,513(8)
2549	1,475,223(20.9)	1,564,643(15.6)	1,143,470(6)
2550	1,744,515(18.5)	1,776,329(13.5)	1,198,390(4.8)
2551	2,089,496(19.7)	1,988,015(11.9)	1,245,964(4)
2552	2,496,261(19.4)	2,199,701(10.6)	1,287,927(3.4)
2553	2,979,729(19.3)	2,411,387(9.6)	1,325,465(2.9)
2554	3,559,844(19.4)	2,623,073(8.8)	1,359,241(2.6)
2555	4,251,692(19.4)	2,834,759(8.1)	1,390,421(2.3)
2556	5,078,005(19.4)	3,046,445(7.5)	1,418,938(2.1)

ที่มา : ข้อมูลปี 2544-2546 จากกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บคือ อัตราการเปลี่ยนแปลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน

ดังนั้น รัฐบาลผู้กำหนดนโยบายและโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งที่เปิดรับนโยบายนี้ต่างพอใจกับนโยบาย **Medical Hub of Asia** แต่ถ้ามองลงไปลึกๆ แล้ว นโยบาย **Medical Hub of Asia** ของประเทศกำลังเกิดปัญหากับโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งในภาครัฐ และเกิดปัญหากับโรงเรียนแพทย์เกือบทุกแห่ง จะมีใครคิดบ้างว่าปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นนี้จะมีผลกระทบกับปัญหาด้านสาธารณสุขไทยอย่างใหญ่หลวงในอนาคต นอกจากนั้นนโยบาย **Medical Hub of Asia** ยังจะเกิดผลกระทบและทำลายระบบการบริการสุขภาพทางการแพทย์อันดีงามของสังคมไทยในไม่ช้า

— การวิเคราะห์โครงการ (SWOT Analysis)

- Strength

1. ค่าบริการทางการแพทย์ไทย ยังมีราคาถูกเมื่อเทียบกับต่างประเทศบริเวณใกล้เคียง เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ญี่ปุ่น เกาหลี เป็นต้น(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาล Parkway ในประเทศสิงคโปร์ (ดอลลาร์สหรัฐ)

Procedure	โรงพยาบาล Parkway	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
Heart valve replacement	11,557	6,620
Cataract surgery	1,430	850
Lasik	1,045	439

ที่มา : Asia Week, 16 พฤษภาคม 2544

2. การเดินทางเข้าประเทศโดยสายการบินได้สะดวกสบาย ประเทศไทยได้สร้างสนามบินสุวรรณภูมิขึ้นมารองรับการเดินทางของชาวต่างชาติจะเสร็จในปลายปี 2549 และสายการบินไทยมีชื่อเสียงดี
3. แพทย์ไทยมีความสามารถ และมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ
4. มีโรงพยาบาลเอกชนมากและมีเตียงว่างเพียงพอที่จะรองรับคนไข้ต่างชาติ
5. ประเทศไทยเป็นเมืองท่องเที่ยวที่ต่างชาตินิยมมาเที่ยว(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ Competitive Advantage ของสถานพยาบาลในบางประเทศในเอเชียที่มีการรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ

Competitive Advantage	ไทย	สิงคโปร์	อินเดีย	มาเลเซีย	ฮ่องกง
Service & Hospitality	*****	**	*	*	**
Hi-technological Hardware	**	****	**	*	**
HR Quality	****	****	**	**	***
International Accredited Hospital	**	**	-	*	*
Preemptive Move	**	***	*	*	*
Synergy/Strategic Partner	*	**	*	*	*
Accessibility/Market Channel	**	***	*	**	**
Reasonable Cost	****	*	****	***	*

ที่มา : ปรับปรุงจากการเปรียบเทียบ competitive advantage คู่แข่งใน SE Asia โดยสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และคณะกรรมการธุรกิจการค้าและบริการเพื่อสุขภาพหอการค้าและสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย (2547)

- Weakness

1. ด้านการสื่อสาร ประชากรไทยยังอ่อนด้านภาษาอังกฤษและภาษาประเทศอื่น
2. จำนวนแพทย์ในปัจจุบัน อัตราส่วนต่อประชากรของประเทศยังไม่เพียงพอ และยังขาดมาก โดยเฉพาะในภูมิภาค ได้มีการคาดการณ์อุปสงค์ต่อบุคลากรสุขภาพ มีข้อสรุปได้ว่า ปี พ.ศ. 2548 น่าจะมีความต้องการแพทย์อยู่ระหว่าง 29,689 - 38,978 คน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 43,181 - 51,159 คน ในปี พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 ความต้องการจำนวนแพทย์เฉลี่ยจากการคาดการณ์ 4 วิธี

คาดการณ์ความต้องการแพทย์				
ปี พ.ศ.	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรคงที่*	วิธีเป้าหมายของสถานบริการ**	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรแบบปรับตามเศรษฐกิจและระบบบริการ***	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรแบบปรับตามเศรษฐกิจและระบบบริการและหลักประกันสุขภาพ****
2548	39,978	29,689	31,039	37,312
2553	40,379	36,543	37,012	37,312
2558	41,780	44,095	43,342	52,118
2563	43,181	51,159	47,212	56,654

ที่มา: * กระทรวงสาธารณสุข 2546

** สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2546

*** ณิชกร ศิริกนกวิไล และคณะ. 2544

**** ปรับจาก ณิชกร ศิริกนกวิไล และคณะ เพิ่มอีกร้อยละ 20 ตามค่าเฉลี่ยความเปลี่ยนแปลง

3. ประชากรชาวไทยยังเข้าถึงระบบการบริการด้านสุขภาพยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในเขตชนบท
4. การสนับสนุนโครงการนี้ในภาครัฐยังไม่เต็มที่และไม่เป็นระบบที่ดี
5. ความเจริญหรือการพัฒนาทางเทคโนโลยีของไทยเรา สู้ต่างประเทศไม่ได้ ในอนาคตอาจมีการให้บริการทางการแพทย์ใน mode cross order supply เช่น การผ่าตัดข้ามประเทศด้วยหุ่น Robot

- Opportunity

1. ประชากรของโลกจะเพิ่มอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทางทวีปเอเชียจะเพิ่มจาก **3.2 billion** ในปี **2002** เป็น **5.6 billion** ในปี **2050** (**Human Population: Fundamental of Growth Population Reference Bureau 2002**) จึงมีความต้องการทางด้านบริการสุขภาพมากขึ้น
2. คาดว่าความต้องการทางด้านสุขภาพทั้งทางด้านการรักษาและสินค้าทางด้านนี้จะเพิ่มขึ้นจาก **US\$ 90 billion** ในปี **1999** เป็น **US\$ 188 billion** ในปี **2013** (**Euro monitor International Marketing Forecasts 2001**)
3. การบริการด้านการแพทย์ของประเทศคู่แข่งมีราคาแพง

- Treat

1. มีประเทศคู่แข่งมีความต้องการเป็น เป็น **Hub of Asia** เช่นกัน เช่น ประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลี เป็นต้น
2. อาจทำให้แพทย์จากต่างประเทศสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทย โดยไม่ต้องสอบในประกอบโรคศิลป์ของไทย
3. ประเทศมหาอำนาจทางธุรกิจสามารถเข้ามาดำเนินกิจการการค้าและบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยได้ซึ่งมีต้นทุนน้อยกว่า

การที่จะเข้าสู่ศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค ต้องมีการใช้ทรัพยากรทางด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่

— คน

- ต้องใช้กำลังคนี่ดูแลทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากขึ้นในการเข้าสู่ **Medical Hub** เพื่อดูแลคนต่างชาติ นับว่าเป็นการดีสำหรับสาขากำลังคนที่ไม่ขาดแคลน หรือมีเกินความต้องการของประชากรในประเทศ แต่สำหรับบางสาขาที่มีบุคลากรที่ให้บริการกับประชากรในประเทศไม่เพียงพออยู่แล้ว เช่น แพทย์ พยาบาล ซึ่งอัตราส่วนต่อประชากรของประเทศยังขาดแคลนอยู่มาก อีกประการหนึ่งทางด้านกำลังคนจะมีการเคลื่อนย้ายกำลังคนทางด้านแพทย์ และพยาบาลจากภาครัฐ จากโรงเรียนแพทย์ไปยังภาคเอกชน เพื่อรองรับผู้มาใช้บริการจากต่างชาติ จะทำให้เกิดปัญหาขาดกำลังคนในการดูแลทางด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทย โดยเฉพาะโครงการ **30** บาท และขาดอาจารย์แพทย์ที่จะผลิตแพทย์ที่รุ่นใหม่ต่อไป

— เงิน

- ไม่น่ามีปัญหา เพราะเป็นการลงทุนที่สามารถทำกำไรกลับมาได้ แต่ก็มีข้อระวังเช่นกัน ดังเช่นในกรณีที่ภาคเอกชนแข่งขันกันมากเกินไป โดยไม่มีระบบที่ดี ไม่มีการจัดสรรปันส่วนที่ดี เกิดการขยายธุรกิจเกินตัว อาจทำให้การลงทุนสูงเกินไป ไม่คุ้มทุนได้ ก็จะเกิดการซื้อกิจการโรงพยาบาลจากนักธุรกิจต่างชาติได้

— เทคโนโลยี

- เป็นอีกอย่างหนึ่งที่ต้องมีการลงทุนสูง ถ้าหลายโรงพยาบาลแข่งขันกันในเรื่องเดียวกันอาจทำให้ใช้เงินมาก และความรู้และการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีใหม่ ๆ ของเราขยับประเทศอื่นไม่ได้ ทำให้เราต้องตามและซื้อเทคโนโลยีเหล่านี้เข้ามา ซึ่งเป็นการลงทุนที่แพง

มาวิเคราะห์ถึงภาพรวม ทางด้านการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศ เมื่อมีโครงการ **Medical Hub** เข้ามาเกี่ยวข้องในระบบบริการสาธารณสุข

1. ทำให้เกิดมีการแข่งขันกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชน เพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะทางด้านสาขาที่สามารถทำรายได้ดี เกิดการซื้อตัวแพทย์และพยาบาลที่มีความสามารถสูงจากภาครัฐและโรงเรียนแพทย์ ทำให้การบริการทางภาครัฐและกระบวนการเรียนการสอนด้อยลง ไม่มีคนอยู่รักษาผู้ป่วยโครงการ **30** บาท และไม่มีอาจารย์แพทย์อยู่สอนนักเรียนแพทย์ ทำให้การผลิตแพทย์มีคุณภาพต่ำลง
2. ทำให้การให้บริการต่อประชาชนชาวไทยด้อยลง ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงการบริการ
3. ทำให้การบริการทางการแพทย์ของไทย มีราคาสูงขึ้น รวมถึงการบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ ด้วย ทำให้ประชาชนชาวไทยต้องจ่ายเงินค่าบริการทางแพทย์ที่สูงขึ้น จึงทำให้เกิดการฟ้องร้องสูงขึ้นตามมา

ผลลัพธ์จาก โครงการ **Medical Hub**

1. จากสถิติมีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทำให้มีรายได้เข้าประเทศเพิ่มขึ้น ได้ผลเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากการศึกษาของกลุ่มงาน แผนงานและพัฒนาวิชาการกองประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยรวบรวมข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวกับการให้บริการชาวต่างชาติ ที่สำรวจจากโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด **24** แห่ง ใน กทม. **11** แห่ง และภูมิภาค **13** แห่ง (ตารางที่ **4**)

ตารางที่ 5 รายได้จากบริการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ

	จำนวนผู้ป่วย นอก/ใน	รายรับจากการให้บริการ
ปี พ.ศ. 2546	119,821	110,058,544
ปี พ.ศ. 2547	150,193	198,054,209
ปี พ.ศ. 2548	176,330	309,318,970

2. นอกจากผู้ป่วยแล้วยังมีผู้ติดตามเข้ามาใช้บริการทางด้านอื่นด้วย
3. ถ้าเป็นการบริการทางแพทย์ รายได้ที่เกิดขึ้นจากการบริการ อาจได้กับโรงพยาบาลที่ให้บริการ โดยตรงเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้เป็นรายได้โดยภาพรวมใหญ่ของประเทศ แต่ถ้าเข้ามารับบริการทางด้านพักผ่อนและ Spa เพื่อสุขภาพ อาจเป็นรายได้ของประเทศโดยภาพรวม
4. มีการซื้อกิจการโรงพยาบาลเอกชน หรือเกิดการร่วมลงทุนของนักธุรกิจต่างชาติเพิ่มขึ้น
5. มีแพทย์ต่างชาติ หรือธุรกิจค้ายาต่างชาติเข้ามาทำมาหากินประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากนโยบาย **Medical Hub of Asia** ต่อระบบสาธารณสุขไทยโดยรวม ออกเป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบต่ออัตรากำลังของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

ทุกวันนี้อัตรากำลังของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของเรายังไม่เพียงพอ หรือเทียบกับจำนวนประชากรของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นอัตรากำลังทางการแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และอื่น ๆ โดยเฉพาะมีจำนวนที่ยังขาดแคลนค่อนข้างสูง แม้ว่าขณะนี้มียุทธศาสตร์เพิ่ม จากประมาณปีละ 1,300 คน เป็นปีละ 2,020-2,282 คน ในปี พ.ศ. 2547-2556 ก็ตาม แต่โดยภาพรวมอีก 10 ปีข้างหน้า ได้มีการคาดการณ์จำนวนแพทย์ไทยใน พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนประมาณ 44,391-47,591 คน ซึ่งหากเปรียบเทียบกับความต้องการแพทย์ต่อประชากรแบบปรับตามเศรษฐกิจ ระบบบริการ และหลักประกันสุขภาพ ตามตารางที่ 3 ซึ่งต้องการแพทย์ทั้งหมด 56,654 คน นั้นแสดงว่ายังขาดแพทย์อีกประมาณ 10,000 คน อีกอย่างหนึ่ง ถ้าดูจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอีก 10 ปีข้างหน้าประเทศไทยยังคงมีจำนวนแพทย์ต่อจำนวนประชากรต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น และต่ำกว่าประเทศข้างเคียง

จะเห็นได้ว่า อัตรากำลังทางด้านสาธารณสุขขณะนี้และอีก 10 ปีข้างหน้า ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนชาวไทย นโยบาย **Medical Hub of Asia** เข้ามาแน่นอนต้องดึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจำนวนหนึ่ง (ที่ขาดอยู่แล้ว) ไปให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ จากการศึกษาค้นคว้า ถ้าผู้ป่วยต่างชาติเข้ามา 100,000 รายต่อปี (ผู้ป่วยใน) ต้องใช้แพทย์ไปรักษาดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นจำนวน 200-400 คน จากการศึกษาของ Pachanee C และ Wibulpolprasert S (2005) พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 จะมีการตรวจรักษาผู้ป่วยต่างชาติทั้งสิ้น 3.52-

364 ล้านครั้ง และเพิ่มขึ้นเป็น **1213-1495** ล้านครั้งในปี **2558** จากจำนวนที่ตรวจเพิ่มขึ้นดังกล่าว จะทำให้ต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นเพื่อบริการชาวต่างชาติ ระหว่างปี **2546-2558** รวม **910-1,372** คน

จากงานวิจัยของวีระศักดิ์ มงคลพร และคณะ เรื่องกรณีศึกษาการผ่าตัดหัวใจพบว่า ขณะนี้ ประเทศไทยมีศัลยแพทย์หัวใจที่ขึ้นทะเบียน **100** คน ปฏิบัติงานจริงประมาณ **60** คน ภาระงานเฉลี่ยประมาณ **60-250** ราย/ศัลยแพทย์/ปี ดังนั้นถ้ามีผู้ป่วยต่างชาติเพิ่มขึ้น **100 500 1,000 2,000** และ **5,000** คน จะทำให้มีความต้องการศัลยแพทย์หัวใจเพิ่มขึ้นเท่ากับ **1, 4.5, 8-10, 15-20** และ **38-50** คน ตามลำดับ ขณะเดียวกัน ในแต่ละปีจะมีศัลยแพทย์หัวใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ **5** คน แต่จะมีศัลยแพทย์หัวใจเดิมเลิกหรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ปีละ **2-3** คน ถ้าถึงเวลานั้นจะคงมีศัลยแพทย์หัวใจเหลือที่จะรักษาผู้ป่วยชาวไทยที่ยากไร้อีกหรือไม่?

2 ผลกระทบต่อการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากการลาออกของบุคลากร ด้าน สาธารณสุข

นโยบาย **Medical Hub of Asia** ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งในภาคเอกชน สนองนโยบายเต็มที่เพื่อนำมาซึ่งรายได้ของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องแข่งขันกันเพื่อสร้างศูนย์เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของตนเอง เพื่อเป็นจุดขายให้กับคนใช้ต่างชาติแน่นอน บุคลากรทางแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือมีชื่อเสียงในภาคเอกชนยังไม่มีหรือไม่เพียงพอ จึงมีการดึงตัวบุคลากรเหล่านี้จากภาครัฐ โดยเสนอฐานเงินเดือนค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่ได้รับจากภาครัฐเป็นจำนวนมาก สูงกว่า **5** เท่าถึง **10** เท่าหรือมากกว่า จากการศึกษาของ ศุภสิทธิ์ และคณะ (**2542**) ได้ศึกษาอัตราค่าตอบแทนแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่งานเทคนิคการแพทย์ และอื่นๆ โดยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในปี **2540** พบว่า เงินเดือนและค่าตอบแทนมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะแพทย์และทันตแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไรมีค่าตอบแทนมากกว่าคิดเป็น **4-10** เท่าของโรงพยาบาลรัฐ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบรายได้บุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2540

วิชาชีพ	โรงพยาบาล รัฐบาล	กระทรวง สาธารณสุข	โรงพยาบาลเอกชน (ไม่หวังผลกำไร)	โรงพยาบาล เอกชน
แพทย์	8,180-27,980	15,090-62,080	100,000	50,000-300,000
ทันตแพทย์	8,260-19,840	17,990-52,990	80,000	27,000-15,000
เกษัชกร	7,197-17,083	7,460-49,910	18,000-55,000	18,399-31,229
พยาบาล	5,225-19,680	7,640-21,620	9,000-20,000	14,821-27,720

ที่มา : ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน : การบริหารจัดการทางการเงินและธุรกิจสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารอย่างอิสระ (ศุภสิทธิ์ พรณารุ โนนทัย และคณะ, 2542)

จากการศึกษาของทักษพล ชรรวมรังสี และคณะ (2547) ซึ่งสัมภาษณ์แพทย์ที่ลาออกจากหน่วยงานในสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขในปี 2545-2546 จำนวน 140 คน พบว่า ภายหลังจากลาออกแพทย์มีรายรับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน กลุ่มแพทย์ทั่วไป (ไม่รวมแพทย์ประจำบ้าน) มีรายได้เฉลี่ย 44,490.4 บาท (มัธยฐาน 32,000 บาท) ต่อเดือนก่อนที่จะลาออก เมื่อลาออกแล้วมีรายได้เฉลี่ย 81,372.6 บาท (มัธยฐาน 65,000) ต่อเดือน สำหรับกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง (ไม่รวมแพทย์ต่อยอด) มีรายได้เฉลี่ย 63,534.9 บาท (มัธยฐาน 45,000 บาท) ต่อเดือนก่อนที่จะลาออก เมื่อลาออกแล้วมีรายได้เฉลี่ย 114,170.7 บาท (มัธยฐาน 100,000) ต่อเดือน

จึงทำให้เกิดการลาออกของแพทย์และพยาบาลจากภาครัฐจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น มีการลาออกของแพทย์จากโรงพยาบาลสังกัดสาธารณสุขทั่วประเทศ ปีละกว่า 700 คน มา 3-4 ปี ติดต่อกัน และในปี 2545 มีการลาออกของแพทย์จบใหม่ในปีนั้นถึงร้อยละ 32 (แพทย์จบใหม่ปีละกว่า 900 คน, เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, 2547 หน้า 75) ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในโรงพยาบาลภาครัฐ ปัญหาที่ตามมา ใคร? ที่จะอยู่ให้บริการกับผู้ป่วยยากไร้ ผู้ป่วยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งเป็นประชาชนคนไทยส่วนใหญ่กว่า 60 ล้านคน

จากสถิติการลาออกของพยาบาลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีพยาบาลทั้งหมดประมาณ 1,500 คน ในปี 2547 และ 2548 มีพยาบาลลาออกปีละ 60-65 คน แต่ในปี พ.ศ. 2549 ตั้งแต่เดือน มกราคม- สิงหาคม (8 เดือน) มีพยาบาลลาออกทั้งหมด 105 คน เกือบ 10% ของจำนวนที่มีอยู่ และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ชำนาญในห้องผ่าตัด และดูแลผู้ป่วยวิกฤติ จึงทำให้การบริการผู้ป่วยช่วงนี้ต้องชะงักงัน

3 ผลกระทบต่อการผลิตบัณฑิตนักศึกษาแพทย์ และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงเรียนแพทย์

เช่นเดียวกับผลกระทบข้อ 2 แต่รุนแรงกว่าเป็นผลกระทบที่หลายคนอาจจะคาดไม่ถึงว่าจะเกิดผลเสียต่อระบบสาธารณสุขในอนาคตอย่างรุนแรง ซึ่งนโยบาย **Medical Hub of Asia** ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางลึกลงไป โดยเฉพาะที่เก่งที่มีชื่อเสียงเป็นจำนวนมากในภาคเอกชนแน่นอน แพทย์ที่เก่งและมีชื่อเสียงเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งแต่ละโรงเรียนแพทย์ต้องใช้เวลากว่า 10 ปี ที่จะสร้างอาจารย์แพทย์แต่ละคน เริ่มจากส่งไปเรียนเฉพาะทางที่ต่างประเทศ แล้วกลับมาพัฒนาเทคนิคการรักษาและการผ่าตัดจนมีชื่อเสียงและเป็นตัวจักรสำคัญในการสอนนักเรียนแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน และให้บริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล

ขณะนี้ เกิดการซื้อตัวอาจารย์แพทย์เหล่านี้ (ขอใช้คำว่า “ซื้อตัว” เพราะว่ามีภาระเสนอค่าตอบแทนสูงถึง 10-20 เท่าที่ได้รับเงินเดือนจากโรงเรียนแพทย์) จากกรณีศึกษาของศัลยแพทย์หัวใจ พบว่า รายได้เฉลี่ยของศัลยแพทย์หัวใจที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการประมาณ 200,000 บาทต่อเดือน มีภาระงานผ่าตัดเฉลี่ย 100-134 ราย/ปี แต่ทำงานในโรงพยาบาล

เอกชนจะมีรายได้เฉลี่ย 400,000 บาท/เดือน แต่มีภาระงานผ่าตัดเพียง 28-35 ราย/ปี ดังนั้นในช่วงเวลา 2-3 ปี หลังนี้ มีภาวะสมองไหลของอาจารย์แพทย์ (เฉพาะอาจารย์แพทย์ที่เก่งที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยต่างชาติ) จากโรงเรียนแพทย์ทั่วประเทศ ปีละกว่า 40-50 คน ไปสู่ภาคเอกชน

จากข้อมูลของสถาบันผลิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้รวบรวมสถิติการลาออกของอาจารย์แพทย์จากทุกสถาบันที่ผลิตแพทย์ ในปี พ.ศ. 2545 - 2547 เป็นจำนวน 87, 115, และ 118 คนตามลำดับ นับเป็นอัตราการลาออกต่อจำนวนอาจารย์แพทย์ทั้งหมดเป็น 1 : 29, 1 : 22, และ 1 : 22 ตามลำดับ ถ้ามาคำนวณเป็นการสูญเสียทางงบประมาณของรัฐ อาจารย์ 1 คน จบ พบ. เงินเดือน 16,000 บาท ได้ทุนไปเรียนต่อเฉพาะทาง เช่น Sub Board (Cardio) ใช้เวลาเรียน 8 ปี เงินที่ต้องใช้ เงินเดือนคิดเป็น (65%) ทั้งหมด 8 ปีเป็นเงิน 998,400 บาท ทุนในการเรียนปีละ 1,000,000 บาท 8 ปี เป็นเงิน 8,000,000 บาท รวมทั้งหมด 8,998,400 บาท จะเห็นได้ว่า กว่าจะได้ อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญมาแต่ละคน ต้องใช้เงินและเวลาในการสร้างนานมาก แต่พอกลับมาจากเมืองนอก ทำงาน 2-3 ปี เริ่มมีความชำนาญและมีชื่อเสียง ก็ถูกซื้อตัวไปโรงพยาบาลเอกชน นับเป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวง

ผลกระทบในเรื่องนี้ ทำให้อาจารย์แพทย์ที่เหลืออยู่ทำงานหนักขึ้น เพราะกว่าจะสร้างอาจารย์แพทย์คนใหม่มาทดแทนได้ต้องใช้เวลาหลายปีดังที่กล่าวมาแล้ว จึงเกิดการขาดแคลนแพทย์ที่เก่งที่จะอยู่สอนนิสิตแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน ผลที่ตามมาในอนาคตอันไม่ไกล ทำให้คุณภาพในการผลิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางค่อยลงจะเกิดผลกระทบทำให้ระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขไทยค่อยลงในอนาคตอย่างแน่นอน

4 ผลกระทบต่อค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์

เมื่อมีคนไข้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการรักษามากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากประเทศที่ประชากรมีรายได้ค่อนข้างดี และมีระบบประกันที่ดูแลอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีทุนทรัพย์ที่มากพอในการมาจ่ายค่าบริการให้กับระบบการบริการของบ้านเรา (ขณะนี้ค่าบริการทางการแพทย์ และค่าตอบแทนแพทย์ยังไม่สูงนัก) ทำให้เกิดกระบวนการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ ต่อผู้ป่วยต่างชาติสูงขึ้น สูงขึ้นเรื่อย ๆ แน่นอน จะเป็นการทำลายกำแพงค่าตอบแทนและค่าบริการทางการแพทย์ที่ดำเนินอยู่กับผู้ป่วยชาวไทย จะสูงขึ้นตามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการบริการทางการแพทย์เป็นธุรกิจ ไม่เหมือนความรู้สึกที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ในวัฒนธรรมแบบไทย ๆ ในอดีต

เมื่อผู้ป่วยต้องเสียค่าบริการที่แพง ก็ย่อมมีความคาดหวังต่อผลการรักษาและการบริการที่สูง เมื่อการบริการเกิดปัญหาผิดพลาด (ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้อยู่แล้วในภาวะปกติ โดยแพทย์ทำทุกอย่างดีแล้ว อย่างไม่ประมาท) ก็จะเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเราจะไม่เคยเห็นเหตุการณ์เหล่านี้ในอดีต

5. ในอนาคต อาจมีแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาประกอบอาชีพในประเทศไทย

6. การบริการทางการแพทย์หรือด้านสุขภาพของภาคเอกชน อาจตกอยู่ในมือของนักธุรกิจต่างชาติ เมื่อถึงเวลานั้น รายได้จากโครงการ **Medical Hub** ก็เป็นรายได้ของชาวต่างชาติ โดยปริยาย

จะเห็นได้ว่า นโยบาย **Medical Hub of Asia** จะมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ ก่อนข้างจะรุนแรงและน่ากลัว

แต่ก็ไม่ใช่ว่านโยบายนี้จะไม่ดี ไม่ควรทำ ผู้เขียนขอบอกตรงนี้ว่า นโยบายนี้มีข้อดี และในยุคสมัยนี้คงจะหลีกเลี่ยงที่จะไม่ทำไม่ได้ แต่ผู้บริหารประเทศควรจะต้องมองถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากนโยบายและวิธีป้องกันหรือทางออกที่ดีที่สุด ทุกอย่างมีทางออก

มาตรการรองรับ

1. รัฐบาลต้องมีมาตรการในการดึงตัวแพทย์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลภาครัฐ และโรงเรียนแพทย์ให้คงอยู่รับใช้ประชาชนชาวไทย และผลิตแพทย์ โดยให้บุคลากรเหล่านี้มีรายได้ที่เพียงพอ ใกล้เคียงกับรายได้ของภาคเอกชน มีสวัสดิการที่เป็นแรงจูงใจ
2. รัฐบาลมีมาตรการปรับปรุง การบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ภาครัฐใหม่ เปิดช่องทางให้โรงพยาบาลภาครัฐสามารถคิดค่าบริการทางการแพทย์ได้เหมือนภาคเอกชน ในการรับผู้ป่วยต่างชาติ ทำให้ภาครัฐสามารถดำเนินการบริการแข่งขันกับภาคเอกชนได้ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีรายได้เพิ่มทำให้คงทำงานอยู่ภาครัฐได้ จึงทำให้คงการรักษาดูแลประชาชนชาวไทยได้ดี และยังคงการสอนนิสิตนักศึกษาแพทย์ได้ดี
3. ต้องวางระบบการบริการทางด้านสุขภาพของประเทศให้ดีกว่าก่อน โดยดูอัตราค่าจ้างของบุคลากร และการกระจายอัตราค่าจ้างไปยังท้องถิ่นชนบท ให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชนในประเทศ แล้วจึงเข้าสู่ **Medical Hub** ดูแลคนต่างชาติ นำเงินเข้าประเทศอย่างเต็มรูปแบบ
4. ต้องมีมาตรการที่ดีและรอบคอบ ในการนำไปต่อรองการทำสัญญาพหุภาคี หรือทวิภาคีในเรื่องการค้าเสรี กับต่างประเทศ เพื่อไม่ให้เกิดการเสียเปรียบทางด้านบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง :

- ทักษพล ธรรมรังสี, พนา พงษ์ชำนะภักย์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย (2547) “สาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง ปี พ.ศ. 2545-2546” รายงานการศึกษา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2547
- วีระศักดิ์ มงคลพร, ชุตินา อรรถสิทธิ์, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรรา, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร “อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ : การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย” 2548
- สมาคมโรงพยาบาลเอกชน และ คณะกรรมการธุรกิจการค้าและบริการเพื่อสุขภาพหอการค้าและสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย. ภาพประกอบการนำเสนอในการประชุม “ยุทธศาสตร์เพิ่มศักยภาพด้านบริการทางการแพทย์ของไทย” 2548
- ศุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, สุวัช เขียวศิริวัฒนา, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์ (2548). “การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547” สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2548
- ศุภสิทธิ์ พรธมนารุ โนนทัย, ชาญวิทย์ กระทบ, จเด็จ ธรรมชัชอารี, วินัย ลีสมิติ. “ระบบบริหารงานในโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน: การบริหารจัดการทางการเงินและธุรกิจสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารอย่างอิสระ” ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2542
- Pachanee C and Wibulpolprasert S, 2005 “Dual Track Health Policies: In-coherence between the Policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade in Health Services in Thailand” Manuscript for publication 2005

แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบ
นโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค
(Medical Hub of Asia)

โดย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิสร ภัทรานุกูลย์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

Thailand's government has initiated a plan to make the country the Medical Hub of Asia. The plan has been aimed to increase numbers of foreigners coming into the country for medical services, which, as a result, will bring in as much as 80,000 million baht in the year 2008. Private hospitals around the country have been readily carrying out the promising plan, making it seem even more agreeable. However, in spite of the expected good outcomes, this plan is also creating in public hospitals and medical schools, numerous problems which themselves will trigger many more in the future of the country's public health. This Medical Hub of Asia plan will rapidly damage Thailand's noble medical and healthcare service systems.

นโยบาย **Medical Hub of Asia** ของรัฐบาล เพื่อสร้างระบบการบริการสุขภาพไทยให้เป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติ ให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ หรือการดูแลสุขภาพนำมาซึ่งรายได้เข้าประเทศ โดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ ได้ตั้งเป้าหมายไว้ในปี **2551** มีเงินเข้าประเทศทางด้านนี้สูงถึง **80,000** ล้านบาท

มองดูอย่างผิวเผินแล้ว นโยบาย **Medical Hub of Asia** น่าจะเป็นนโยบายที่สวยหรู สามารถทำเงินให้ประเทศได้ตามเป้าที่ตั้งไว้ เพราะโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากหลายแห่งรับนโยบายนี้ทันที

ดังนั้น รัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งที่เปิดรับนโยบายนี้ต่างพอใจกับนโยบาย **Medical Hub of Asia**

แต่ถ้ามองลงไปลึกๆ แล้ว นโยบาย **Medical Hub of Asia** กำลังเกิดปัญหากับโรงพยาบาลหลายๆ โรงพยาบาลในภาครัฐ และเกิดปัญหากับโรงเรียนแพทย์เกือบทุกแห่งและมีใครคิดบ้างว่าปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นนี้จะมีผลกระทบกับปัญหาด้านสาธารณสุขไทยอย่างใหญ่หลวงในอนาคต นอกจากนั้นนโยบาย **Medical Hub of Asia** ยังจะเกิดผลกระทบและทำลายระบบการบริการสุขภาพทางการแพทย์อันดีงามของสังคมไทยในไม่ช้า