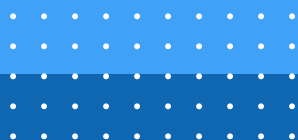




รายงานการศึกษาเพื่อประเมินผลกระทบ เชิงเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากบริการทางการแพทย์ แก่ชาวต่างชาติที่ไม่ได้มีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย

โครงการจ้างศึกษาประเมินผลกระทบเชิง
เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการท่องเที่ยวเชิงการ
แพทย์ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2561 - 2565



บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุน medical hub มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 มีแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งให้อุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และสุขภาพเป็นแผนงานย่อยในยุทธศาสตร์ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม รายงานฉบับนี้จึงรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลกระทบที่มวลรวมภายในประเทศ รายได้จากบริการทางการแพทย์ของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ประเมินการจำนวนและการใช้จ่ายของนักท่องเที่ยว การใช้จ่ายในโครงการเพื่อสนับสนุนนโยบาย medical hub และผลการสำรวจรายรับจากชาวต่างประเทศจากโรงพยาบาลต่างๆ

ผลการวิเคราะห์สรุปได้ว่า การบริการทางการแพทย์แก่ชาวต่างประเทศสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ โดยอิงตามกลุ่มโรคและค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้ป่วย โดยกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายโดยผู้ป่วยสูง แต่ยังมีจำนวนผู้ป่วยน้อย เช่น การผ่าตัดแปลงเพศ การตัดกระเพาะ เป็นการรักษาที่ไม่เร่งด่วน และสร้างรายได้สูง เป็นกลุ่มที่น่าจะสนับสนุนต่อไปในอนาคต ส่วนกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่มีจำนวนผู้ป่วยมาก เช่น การตรวจสุขภาพ โรคหัวใจ โรคผิวหนัง อาจพิจารณาสนับสนุนในจังหวัดรองภูมิภาค เพื่อลดความแออัดของการเดินทางเข้าเขตเมืองใหญ่ และระมัดระวังไม่ให้บริการเหล่านี้ไปเบียดบังทรัพยากรซึ่งต้องให้บริการกรณีจำเป็นภายในประเทศ

สารบัญ

บทคัดย่อ	1
1 บทนำ.....	6
2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 นิยามและที่มาของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	7
2.2 นโยบาย MEDICAL HUB.....	7
2.3 การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ	9
3 ระเบียบวิธีวิจัย	10
3.1 ข้อมูล GDP ย้อนหลัง	10
3.2 ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับ MEDICAL HUB ของรัฐบาล พ.ศ. 2561-2565	13
3.3 รายได้จากการให้บริการทางการแพทย์ จากรายงานประจำปีของบริษัทกลุ่มบริการด้านสุขภาพที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์	16
3.4 ข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวและรายจ่ายของนักท่องเที่ยว.....	20
3.5 ผลสำรวจจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.....	25
4 ผลการศึกษา	27
4.1 เปรียบเทียบรายได้ค่ารักษาพยาบาลของบริษัทในตลาดหลักทรัพย์ กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ	27
4.2 วิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจากแบบสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2563-2565.....	28
4.2.1 ผู้ป่วยทั้งหมด	28
4.2.2 กลุ่มโรค	34
4.3 วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายสำหรับส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติ	37
4.4 ความขัดแย้งของข้อมูลที่พบ	38
4.4.1 ข้อมูลรายรับ.....	38
5 สรุปผลกระทบเชิงเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	42
6 ข้อเสนอแนะ.....	43

สารบัญตาราง

ตารางที่ 3-1 รายชื่อหุ้นและบริษัทในกลุ่มการแพทย์ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.....	17
---	----

สารบัญภาพ

ภาพที่ 2-1 ระบบการดำเนินงานของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นำมาจาก Pocock และคณะ (2011)	9
ภาพที่ 3-1 ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ตั้งแต่ปี 2562	11
ภาพที่ 3-2 ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศหมวดบริการ ในด้านกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2566	12
ภาพที่ 3-3 สัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศทั้งหมด	13
ภาพที่ 3-4 งบประมาณโครงการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับงานศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพ	14
ภาพที่ 3-5 งบประมาณโครงการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับงานศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพ แยกรายกระทรวง	15
ภาพที่ 3-6 งบประมาณโครงการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับงานศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพ แยกรายการ	15
ภาพที่ 3-7 รายได้และต้นทุนจากการรักษาพยาบาลเฉลี่ย ปี 2561-2566 จากบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์กลุ่มธุรกิจการแพทย์	18
ภาพที่ 3-8 ส่วนแบ่งรายได้ของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มการแพทย์ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย	19
ภาพที่ 3-9 รายได้เทียบกับต้นทุนค่ารักษาพยาบาลรายปี จากบริษัทกลุ่มการแพทย์ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย	20
ภาพที่ 3-10 จำนวนนักท่องเที่ยวเข้าประเทศแยกตามภูมิภาค	21
ภาพที่ 3-11 จำนวนนักท่องเที่ยวเข้าประเทศแยกตามสัญชาติ	22
ภาพที่ 3-12 การใช้จ่ายของนักท่องเที่ยวในหมวดการแพทย์และสุขภาพ	23
ภาพที่ 3-13 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายหมวดการแพทย์และสุขภาพ เทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของนักท่องเที่ยว	24
ภาพที่ 3-14 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายหมวดการแพทย์และสุขภาพ เทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของนักท่องเที่ยว นอกช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019	24
ภาพที่ 3-15 รายได้จากผู้มีถิ่นพำนักนอกประเทศ แยกรายได้ตั้งของโรงพยาบาล	25
ภาพที่ 4-1 สัดส่วนของรายได้จากการรักษาพยาบาลของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ เมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศด้านกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์	27
ภาพที่ 4-2 จำนวนผู้ป่วยแยกตามสัญชาติ	28
ภาพที่ 4-3 รายรับรวมจากผู้ป่วยแยกตามสัญชาติ 20 ประเทศแรก	29
ภาพที่ 4-4 รายรับต่อผู้ป่วยแยกตามสัญชาติ	30
ภาพที่ 4-5 รายรับต่อผู้ป่วยแยกตามสัญชาติ เรียงตามจำนวนผู้ป่วย	31
ภาพที่ 4-6 รายรับจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	31
ภาพที่ 4-7 รายรับต่อหัวจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	32
ภาพที่ 4-8 รายรับจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แยกตามสัญชาติ	33
ภาพที่ 4-9 จำนวนผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค	34

ภาพที่ 4-10 รายได้รวมผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค	35
ภาพที่ 4-11 รายรับต่อหัวของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค เรียงตามรายรับต่อหัวผู้ป่วย	36
ภาพที่ 4-12 รายรับต่อหัวของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค เทียบกับจำนวนผู้ป่วย.....	37
ภาพที่ 4-13 เปรียบเทียบรายรับรายไตรมาส รายรับรายสัปดาห์ รายรับจากการสำรวจของธนาคารแห่งประเทศไทย	39
ภาพที่ 4-14 เปรียบเทียบรายรับจากค่ารักษาพยาบาล กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ	39
ภาพที่ 4-15 จำนวนผู้ป่วยจากแบบสอบถาม และจำนวนนักท่องเที่ยวที่รายงานโดยกระทรวงการท่องเที่ยว	40
ภาพที่ 4-16 เปรียบเทียบรายรับจากแบบสำรวจ และรายจ่ายในหมวดการแพทย์และสุขภาพจากการสำรวจของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา.....	41

1 บทนำ

ประเทศไทยดำเนินนโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2559) มาจนปัจจุบัน นอกจากนี้ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพยังเป็นแผนย่อยหนึ่งในหนึ่งแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 ทางด้านการท่องเที่ยว และแผนย่อยอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร ก็เป็นแผนย่อยหนึ่งในด้านอุตสาหกรรมและบริการแห่งอนาคตเช่นกัน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2561) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยคงนโยบายนี้มาเป็นเวลามากกว่าสิบปีแล้ว แต่การผลกระทบเชิงเศรษฐกิจที่ได้จากนโยบายยังไม่แน่ชัด

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีการนำรายได้จากการให้บริการผู้ที่มีถิ่นที่อยู่ภายในประเทศเป็นประจำทุกปี แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ครบถ้วน และยังไม่แสดงถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจที่แน่ชัด การวิเคราะห์ผลการสำรวจโดยเทียบกับข้อมูลอื่น เช่น ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ รายได้จากการให้บริการทางการแพทย์ของกลุ่มบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ในธุรกิจบริการด้านสุขภาพ ข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวและประมาณการรายจ่ายของนักท่องเที่ยว จะช่วยให้ประมาณการผลกระทบทางเศรษฐกิจได้เที่ยงตรงและแม่นยำขึ้น

2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 นิยามและที่มาของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หมายถึงการเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งอาจรวมถึงการรักษาทางการแพทย์หลากหลายประเภท ตั้งแต่ขั้นตอนการรักษาตามที่คุณเดินทางสามารถเลือกได้ไปจนถึงการผ่าตัดที่ซับซ้อน โดยมักจะรวมเข้ากับกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจระหว่างการเดินทาง (Froelich, 2012)

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คาดว่าจะมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ผู้คนเดินทางไปยังภูมิภาคต่างๆ เพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพเฉพาะทาง เช่น ภูมิภาคเอเชียใต้ แคว้นที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมักมีผู้คนเดินทางเพื่อไปขอรักษาเป็นต้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในสมัยใหม่เกิดขึ้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ในช่วงแรก แนวคิดนี้ขับเคลื่อนโดยบุคคลจากประเทศกำลังพัฒนาเป็นหลัก ซึ่งแสวงหาการรักษาทางการแพทย์ขั้นสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม แนวโน้มดังกล่าวได้พลิกกลับในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยจากประเทศพัฒนาแล้วแสวงหาบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและราคาไม่แพงในประเทศกำลังพัฒนา (Supakankunti et al., 2012) ในช่วงปี พ.ศ. 2543 ประเทศต่างๆ เช่น ไทย อินเดีย และสิงคโปร์ เริ่มวางตำแหน่งตัวเองให้เป็นจุดหมายปลายทางชั้นนำสำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประเทศเหล่านี้ใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ขั้นสูง ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่มีทักษะ และราคาที่แข่งขันได้ เพื่อดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติ ตัวอย่างเช่น การเติบโตของประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สามารถอธิบายได้จากความคิดริเริ่มเชิงกลยุทธ์หลังจากวิกฤตการณ์ทางการเงินในเอเชียในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนมุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยต่างชาติเพื่อชดเชยกับความต้องการในประเทศที่ลดลง (Supakankunti et al., 2012)

Kumar และคณะ (2012) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ว่ามี 3 ประการดังนี้ ประการหนึ่งคือความแตกต่างของระดับค่าใช้จ่ายในบริการทางการแพทย์ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ขั้นตอนต่างๆ เช่น การผ่าตัดหัวใจ การเปลี่ยนข้อเทียม และการศัลยกรรมเสริมสวย สามารถดำเนินการได้ในราคาเพียงเศษเสี้ยวของค่าใช้จ่ายในประเทศต่างๆ เช่น อินเดีย ไทย และเม็กซิโก เมื่อเทียบกับสหรัฐอเมริกาหรือยุโรป ข้อได้เปรียบด้านต้นทุนนี้ดึงดูดผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือมีประกันสุขภาพไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือความพร้อมของบริการดูแลสุขภาพคุณภาพสูง จุดหมายปลายทางด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลายแห่งมีโรงพยาบาลและคลินิกระดับโลกที่ได้รับการรับรองจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น Joint Commission International (JCI) สถานพยาบาลเหล่านี้มักจ้างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีการฝึกอบรมและมีประสบการณ์สูง ซึ่งให้บริการที่เทียบเท่าหรือดีกว่าในประเทศบ้านเกิดของผู้ป่วย ประการที่สามคือ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการขนส่ง เทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยสนับสนุนการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การเดินทางทางอากาศราคาประหยัดและการขยายตัวของข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตทำให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ในต่างประเทศได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังทำให้กระบวนการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยต่างชาติมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเสนอแพ็คเกจที่รวมการรักษาพยาบาล การเดินทาง และที่พัก

2.2 นโยบาย medical hub

การวางนโยบายเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จำเป็นต้องมีระบบรองรับครบครัน มิใช่แต่เพียงสถานพยาบาลเท่านั้น ยังมีภาคส่วนอื่นๆ ที่จำเป็นต้องรองรับอีกด้วย Pocock และคณะ (2011) ได้เสนอแผนผังระบบสำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ดังภาพที่ 1 ด้านล่าง ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการเงิน ระบบบุคลากร ระบบกฎเกณฑ์ ธรรมชาติ และระบบส่งมอบบริการ

1. ระบบการเงิน การพิจารณาดำเนินการจัดหาเงินทุนหมุนเวียนอยู่สองประเด็นหลัก ได้แก่ การจ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเอง และการเกิดขึ้นของโครงการประกันการทองเที่ยวเชิงการแพทย์ที่จัดระบบซึ่งอาจเชื่อมโยงกับนายจ้าง จึงต้องพัฒนากลไกทางการเงินที่มีโครงสร้างชัดเจนมากขึ้น เพื่อสนับสนุนการทองเที่ยวเชิงการแพทย์

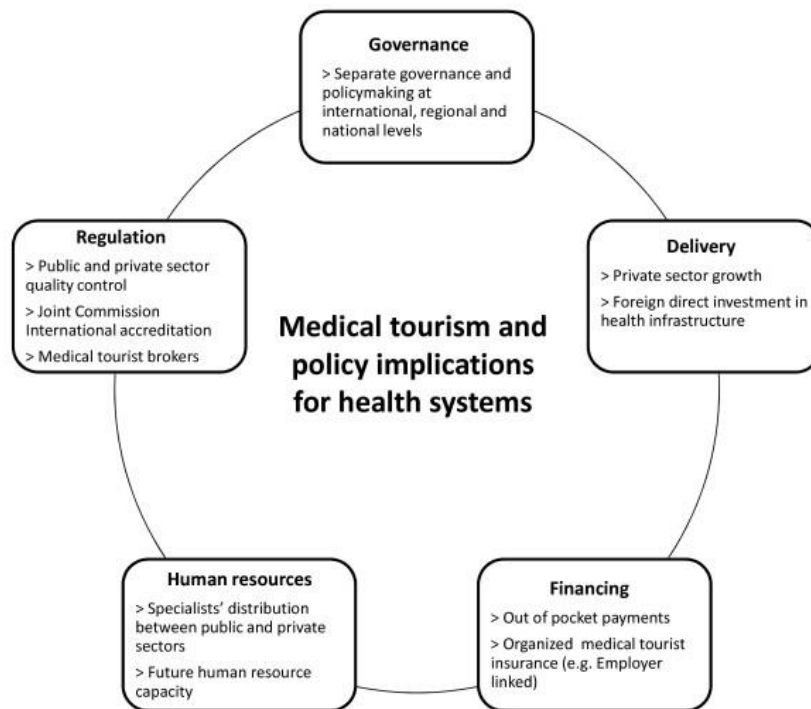
2. ระบบทรัพยากรบุคคลเน้นย้ำถึงการกระจายผู้เชี่ยวชาญระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากการทองเที่ยวเชิงการแพทย์อาจทำให้นักวิชาการทางการแพทย์สูญเสียบุคลากรจากระบบสาธารณสุขได้ นอกจากนี้ภาครัฐยังควรตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนสำหรับศักยภาพของทรัพยากรบุคคลในอนาคต ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการใช้กลยุทธ์ระยะยาวในการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลสุขภาพ

3. กฎระเบียบ ซึ่งเป็นมิติสุดท้าย ครอบคลุมถึงมาตรการควบคุมคุณภาพการรักษายาบาลสำหรับภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน การรับรองมาตรฐาน Joint Commission International ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ นายหน้าทองเที่ยวเชิงการแพทย์ก็ควรถูกควบคุมตามมาตรฐานในส่วนนี้ด้วยเพราะแม้จะเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับการทองเที่ยวเชิงการแพทย์แต่เป็นต้นทางที่ให้นักทองเที่ยวรับรู้เกี่ยวกับการรักษายาบาล จึงความจำเป็นในการกำกับดูแลเช่นกัน

4. ธรรมชาติที่ครอบคลุมระดับนานาชาติ ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ จึงต้องการการประสานงานกันข้ามพรมแดนเพื่อให้มีการกำกับดูแลและการกำหนดมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ระบบส่งมอบบริการเน้นย้ำถึงบทบาทของภาคเอกชนที่เป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนการเติบโตของการทองเที่ยวเชิงการแพทย์ นอกจากนี้ยังอาจจำเป็นต้องฟังฟังการไหลเข้าของการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ว่าการทองเที่ยวเชิงการแพทย์สามารถเร่งการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างไร

ระบบทั้งหมดดังกล่าวเน้นย้ำถึงความจำเป็นที่ผู้กำหนดนโยบายต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ มากมายเมื่อพัฒนากลยุทธ์เพื่อใช้ประโยชน์จากการทองเที่ยวเชิงการแพทย์ในขณะที่บรรเทาผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่อการให้บริการและความเสมอภาคด้านการดูแลสุขภาพในประเทศ



ภาพที่ 2-1 ระบบการดำเนินงานของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นำมาจาก Pocock และคณะ (2011)

2.3 การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เริ่มเป็นกิจกรรมที่สร้างมูลค่าต่อเศรษฐกิจของประเทศในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สร้างรายได้ไม่เพียงแต่ให้กับผู้ให้บริการด้านการแพทย์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงภาคส่วนธุรกิจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าถึงการรักษาพยาบาล หรือ ภายหลังการรักษาพยาบาล เช่น การบริการ การคมนาคมขนส่ง และการค้าปลีกด้วย ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย ภาคการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของเศรษฐกิจ โดยมีส่วนสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการระดับโลก จากการวิจัยของศุภกาญจน์ กันติและคณะ (2555) พบว่าตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั่วโลกมีมูลค่าประมาณ 2 หมื่นล้านดอลลาร์ในปี 2550 และคาดว่าจะเติบโตถึง 4 หมื่นล้านดอลลาร์ในปี 2553 ประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่ไม่การวัดเป็นตัวเงินประการหนึ่งคือ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังสร้างโอกาสในการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี เนื่องจากประเทศต่างๆ ลงทุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและการฝึกอบรมสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นอกจากนี้ ยังช่วยปรับปรุงมาตรฐานการดูแลสุขภาพในประเทศเจ้าบ้าน เนื่องจากพวกเขาพยายามตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยในระดับนานาชาติ

กล่าวโดยสรุปคือ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นอุตสาหกรรมที่ซับซ้อนและมีหลายแง่มุมซึ่งให้ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่สำคัญแต่ก็มีความท้าทายต่างๆ เช่นกัน การเติบโตนี้ขับเคลื่อนโดยปัจจัยต่างๆ เช่น ข้อได้เปรียบด้านต้นทุน บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูง และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม เพื่อให้แน่ใจว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะมีความยั่งยืนและมีจริยธรรม จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องและให้แน่ใจว่าอุตสาหกรรมนี้มีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยต่างชาติและประชากรในท้องถิ่น เนื่องจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังคงพัฒนาต่อไป การวิจัยและการพัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยประเทศผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้ทันสมัยตลอดเวลา

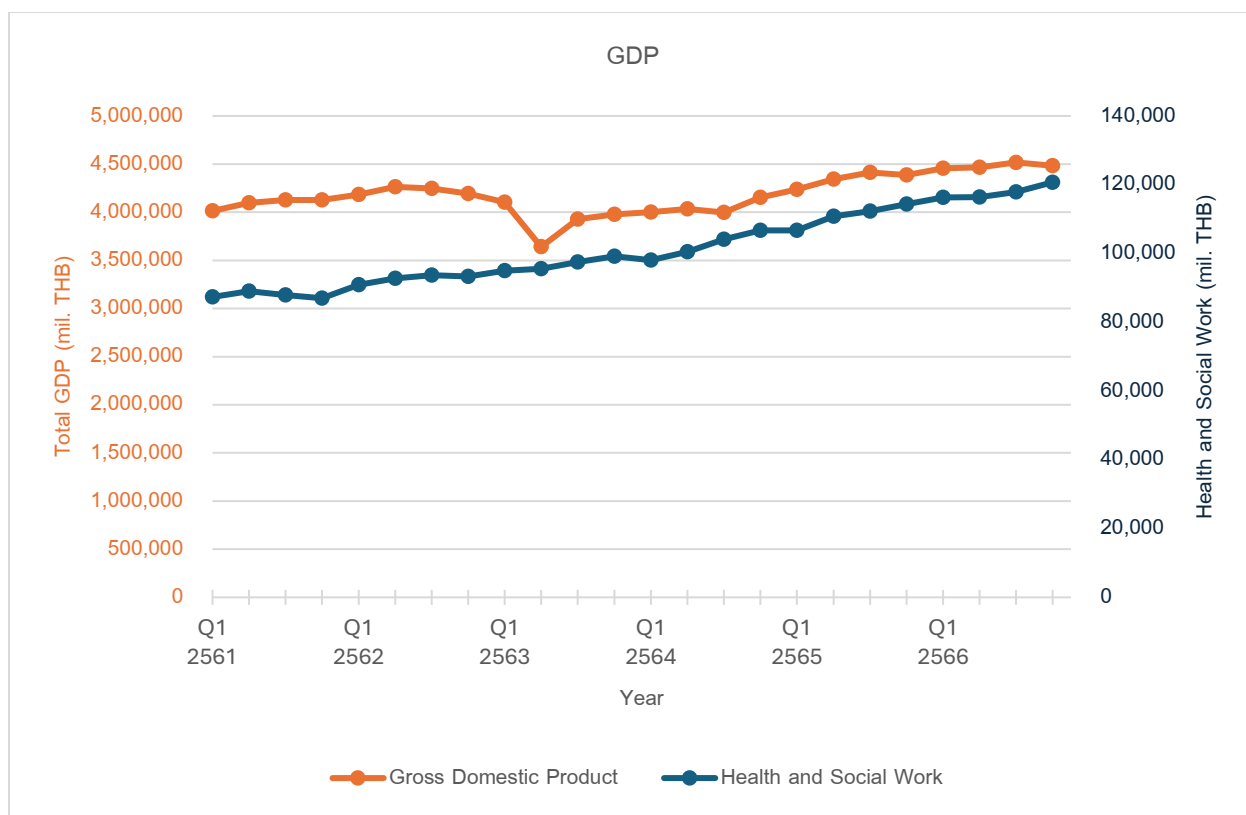
3 ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัยในงานฉบับนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยพิจารณาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อมูล 5 ชุด ได้แก่

1. ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศจากสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561-2566
2. ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีในหมวดโครงการยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2561-2565
3. ข้อมูลรายได้จากบริการทางการแพทย์ของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ปี พ.ศ. 2561-2566
4. ข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวและรายจ่ายนักท่องเที่ยวจากกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ปี พ.ศ. 2561-2566
5. ข้อมูลผลสำรวจจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2563-2565

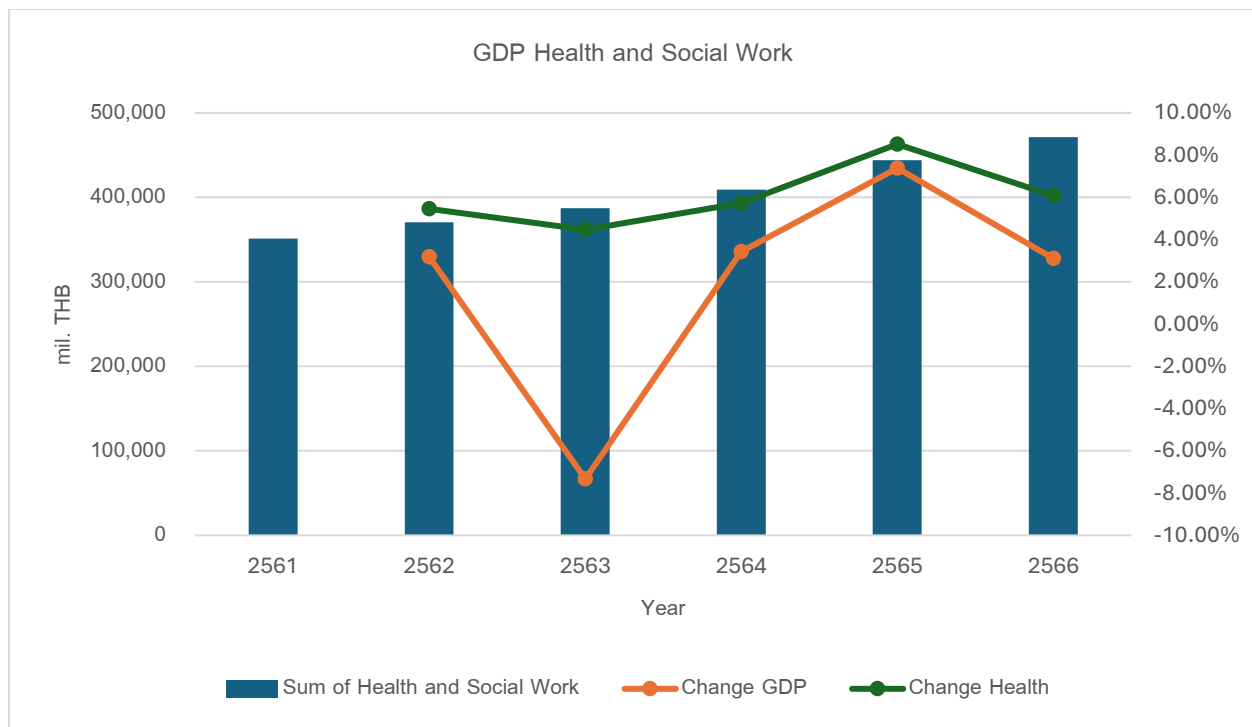
3.1 ข้อมูล GDP ย้อนหลัง

สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2567) จะรายงานภาวะเศรษฐกิจรายไตรมาสโดยมีข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศด้านการผลิตตั้ง ภาพที่ 3-1



ภาพที่ 3-1 ผลผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ตั้งแต่ปี 2562

จากภาพที่ 3-1 แกนด้านซ้ายแทนผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ส่วนแกนด้านขวาแสดงผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเฉพาะหมวดบริการ ในกิจกรรมด้านสุขภาพและงานสังคมสงเคราะห์ รายไตรมาส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2566 จะเห็นได้ว่า ทั้งผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเฉพาะกิจกรรมด้านสุขภาพและงานสังคมสงเคราะห์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและทุกไตรมาส และแม้ว่าความแปรปรวนจากระดับราคาภาคภัณฑ์ตามฤดูกาล (seasonal variance) ออกแล้ว ยังพบว่ากิจกรรมด้านสุขภาพและงานสังคมสงเคราะห์มีอัตราการเติบโตเฉลี่ยรายไตรมาสระหว่างปี พ.ศ. 2561-2566 อยู่ที่ ร้อยละ 0.986 และอัตราการเติบโตดังกล่าวเป็นบวกอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของประเทศไทยที่จะมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

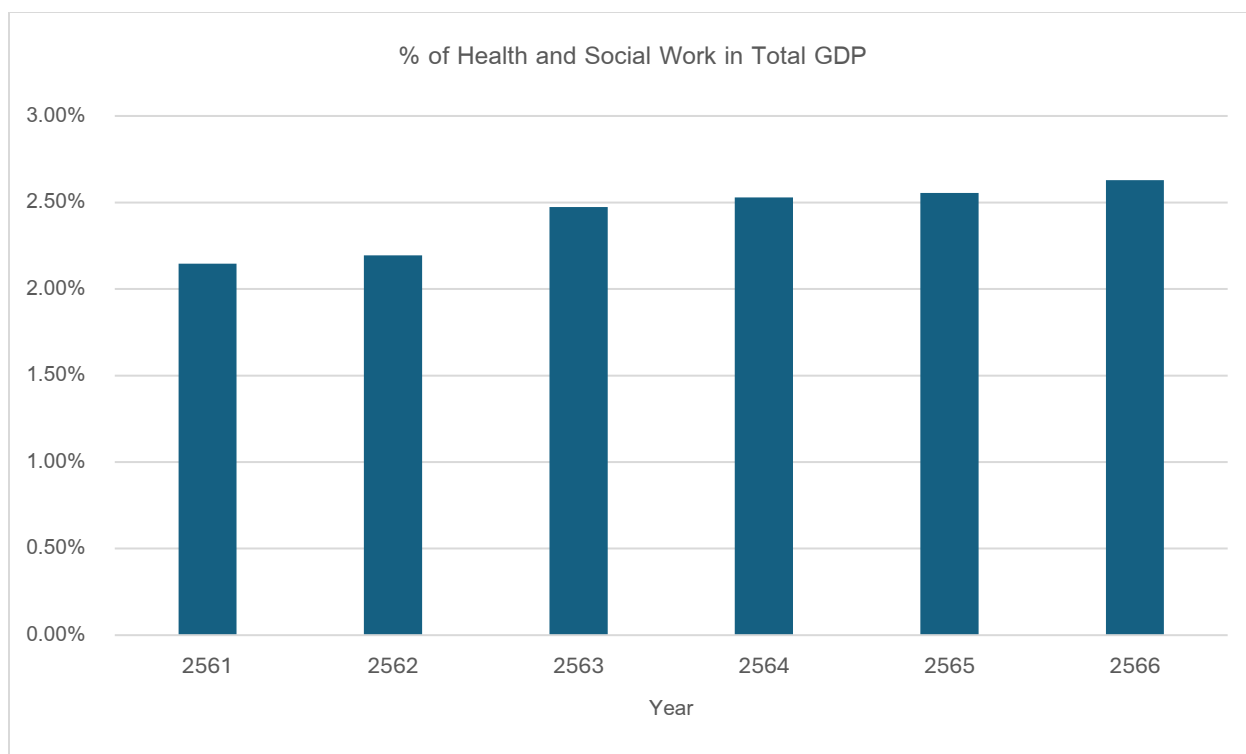


ภาพที่ 3-2 ผลผลิตมวลรวมภายในประเทศหมวดบริการ ในด้านกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2566

โดยภาพที่ 3-2 แสดงให้เห็นแนวโน้มของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศด้านกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี เส้นสีเขียวและแกนด้านขวาแสดงอัตราการเติบโตต่อปี โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 6

ถึงแม้ว่าผลผลิตมวลรวมภายในประเทศจะลดลงในปี พ.ศ. 2563 อันเนื่องมาจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลผลิตมวลรวมภายในประเทศด้านกิจกรรมสุขภาพยังคงมีการเติบโตที่ร้อยละ 4.5 แต่ลดลงจากปีก่อนหน้าที่เติบโตในอัตราร้อยละ 5.5 และกลับมาเติบโตในอัตราร้อยละ 5.7 และ 8.5 ในปี 2564 และ 2565 อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 การเติบโตกลับลดลงไปที่ร้อยละ 6.1 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเติบโตของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศในภาพรวมแล้ว จะเห็นได้ว่าอัตราการเติบโตของกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์สูงกว่ามาโดยตลอด

สัดส่วนของกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ เมื่อเทียบกับผลผลิตมวลรวมภายในประเทศทุกด้านเป็นดังภาพที่ 3-3 คืออยู่ที่ร้อยละ 2.1 ถึง 2.6 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

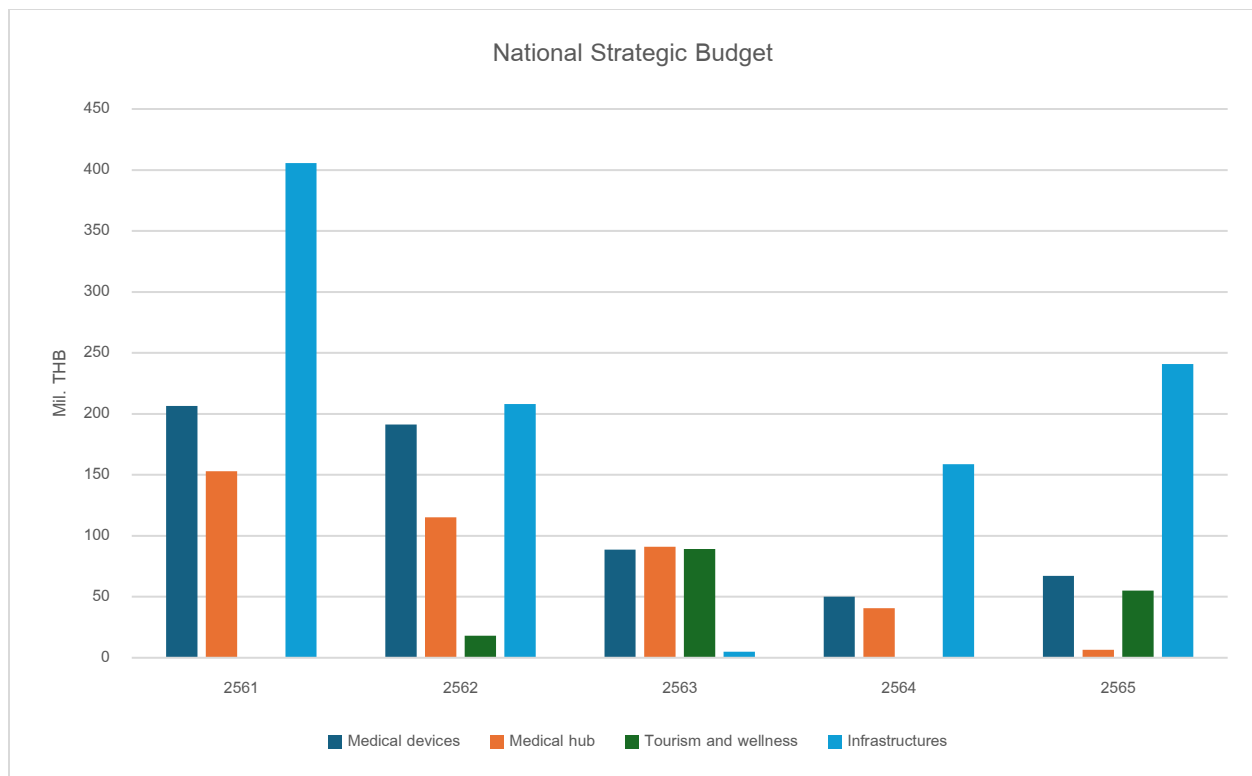


ภาพที่ 3-3 สัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศทั้งหมด

3.2 ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับ medical hub ของรัฐบาล พ.ศ. 2561-2565

กระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยในปี พ.ศ. 2547-2551 เป็นแผนฉบับที่ 1 มุ่งพัฒนาให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย แผนฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2568 มุ่งให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2559) รองรับยุทธศาสตร์ประเทศ โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (2566-2580) ระบุให้อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร เป็นอุตสาหกรรมบริการแห่งอนาคต มีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2561) นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ยังประกาศให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวระดับคุณภาพ และอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร เป็นอุตสาหกรรมเป้าหมาย ซึ่งจะได้รับการส่งเสริมภายใต้พระราชบัญญัติการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน 2560; คณะกรรมการนโยบายเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย 2561) อีกด้วย

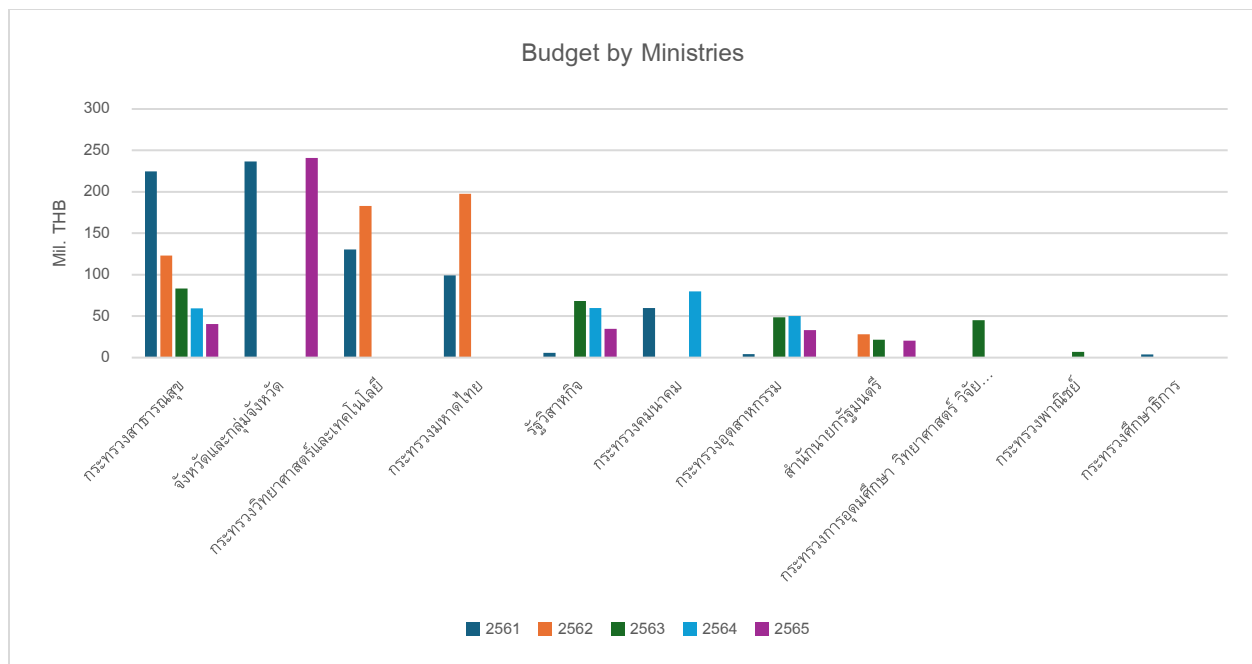
หน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐจึงมีการตั้งโครงการเพื่อตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ชาติ เมื่อพิจารณาจากพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 มีโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทั้งหมด 62 โครงการ แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ตามลักษณะของโครงการได้ 4 ประเภท ได้แก่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ศูนย์กลางทางการแพทย์ การท่องเที่ยวและสุขภาพ และโครงสร้างพื้นฐาน ดังภาพที่ 3-4



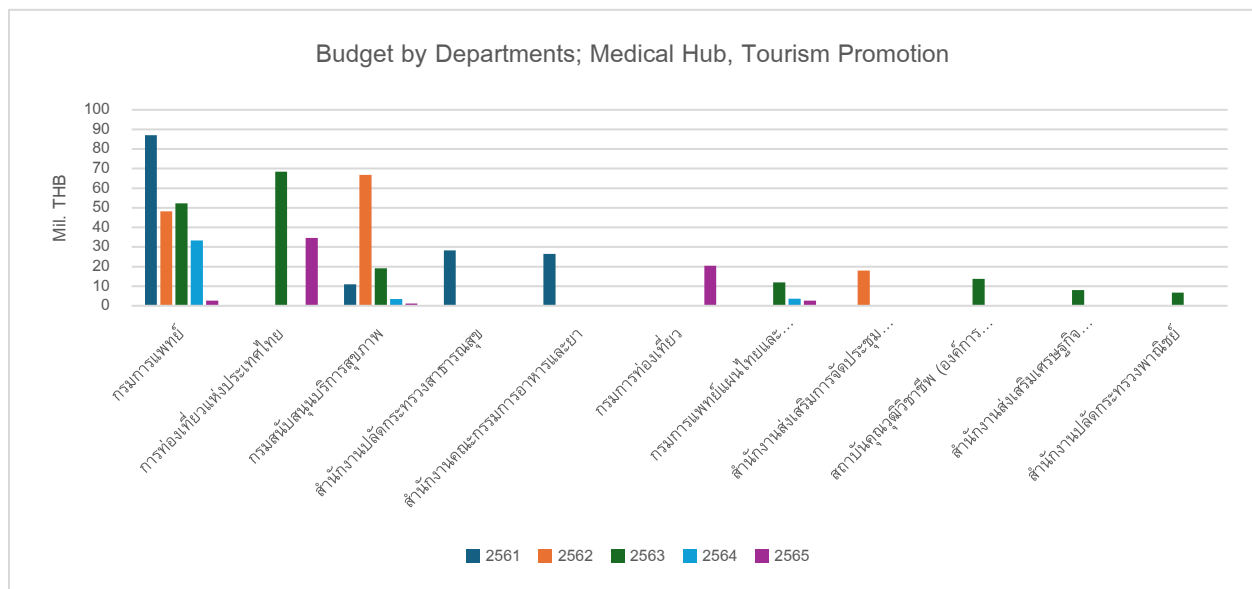
ภาพที่ 3-4 งบประมาณโครงการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับงานศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพ

โครงการเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน จะเป็นการพัฒนาปรับปรุงแหล่งท่องเที่ยว เพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม จึงเป็นโครงการที่ใช้งบประมาณค่อนข้างมาก ในขณะที่โครงการเกี่ยวกับอุปกรณ์การแพทย์จะเน้นไปที่การสนับสนุนอุตสาหกรรมส่งเสริมศักยภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์ด้านการแพทย์ และสนับสนุนอุตสาหกรรมด้านการแพทย์เป็นหลัก

งบประมาณเกี่ยวกับศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub) นั้นสูงถึง 150 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2561 และลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตามสาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทำให้งบประมาณสนับสนุนส่วนนี้ถูกตัดออกไป ในปีพ.ศ. 2565 มีโครงการทั้งหมดเพียง 3 โครงการ งบประมาณรวม 6.4 ล้านบาท โดยเป็นโครงการสนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพในอาเซียนเพียงโครงการเดียว งบประมาณ 2.6 ล้านบาท และโครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอีก 2 โครงการ งบประมาณรวมกัน 3.8 ล้านบาทเท่านั้น



ภาพที่ 3-5 งบประมาณโครงการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับงานศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพ แยกรายกระทรวง



ภาพที่ 3-6 งบประมาณโครงการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับงานศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพ แยกรายกรม

เมื่อพิจารณาจากหน่วยรับงบประมาณในระดับกระทรวง ดังภาพที่ 3-5 จะเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณอย่างต่อเนื่องแต่ลดลงทุกปี ในส่วนจังหวัดและกลุ่มจังหวัด กระทรวงมหาดไทยในโดยกรมโยธาธิการและผังเมือง กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงคมนาคม โดยกรมทางหลวงจะได้รับงบประมาณโครงสร้างพื้นฐานในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวตามพื้นที่ต่างๆ รัฐวิสาหกิจโดยการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย และสำนักงานต่างๆ ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี จะได้รับงบประมาณส่วนการสนับสนุนการท่องเที่ยว และกระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงการอุดมศึกษา จะได้รับงบประมาณในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นหลัก

หากพิจารณาโครงการในระดับกรม และพิจารณาเฉพาะงบประมาณด้านศูนย์กลางการแพทย์ และการท่องเที่ยว ดังภาพที่ 3-6 แล้ว จะเห็นว่า กรมภายใต้กระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นหน่วยงานหลักที่มีโครงการในด้านนี้ โดยกรมการแพทย์มีโครงการทุกปีในชื่อโครงการสนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพในอาเซียน

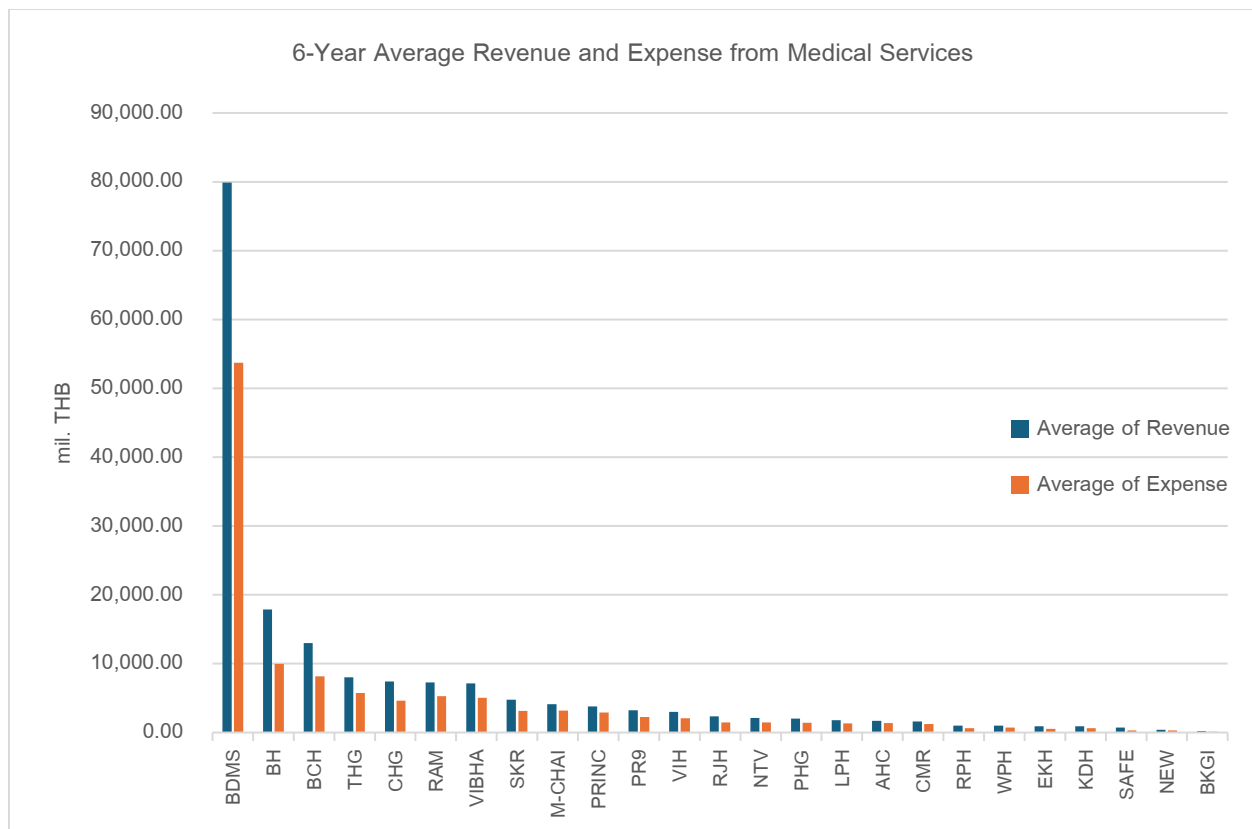
3.3 รายได้จากการให้บริการทางการแพทย์ จากรายงานประจำปีของบริษัทกลุ่มบริการด้านสุขภาพที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์

ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยจัดกลุ่มธุรกิจการแพทย์ (HEALTH) ไว้ โดยมีบริษัทมหาชนในกลุ่มนี้ 25 บริษัท (พ.ศ. 2567) ในรายงานงบการเงินของบริษัทในกลุ่ม จะแจกแจงรายได้จากการรักษาพยาบาล และต้นทุนการรักษาพยาบาลไว้ด้วย รายชื่อบริษัทเป็นดังตารางที่ 3-1

บริษัทต่างๆ ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ ประกอบด้วยโรงพยาบาลในเครือมากกว่าหนึ่งโรงพยาบาล รวมถึงมีการถือหุ้นบริษัทย่อยไว้ด้วย อย่างไรก็ตาม รายได้และต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจะพิจารณาจากงบการเงินเฉพาะกิจการ โดยไม่พิจารณางบการเงินของบริษัทย่อย

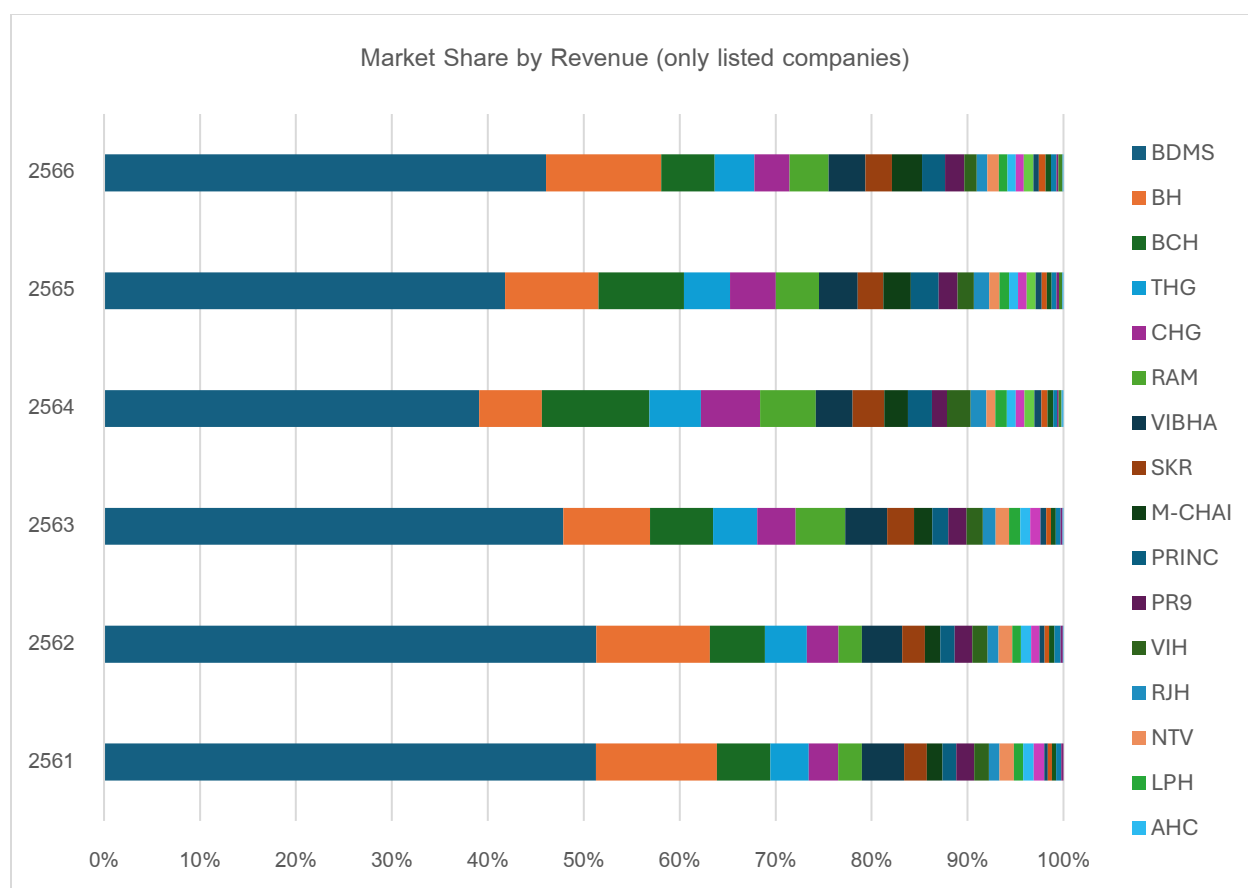
ชื่อหุ้น	ชื่อบริษัท
AHC	บริษัท โรงพยาบาลเอกชล จำกัด (มหาชน)
BCH	บริษัท บางกอก เซน ฮอสปิทอล จำกัด (มหาชน)
BDMS	บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด(มหาชน)
BH	บริษัท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จำกัด (มหาชน)
BKGI	บริษัท แบงคอกจีโนมิกส์อินโนเวชั่น จำกัด (มหาชน)
CHG	บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน)
CMR	บริษัท เชียงใหม่รามธุรกิจการแพทย์ จำกัด (มหาชน)
EKH	บริษัท เอกชัยการแพทย์ จำกัด (มหาชน)
KDH	บริษัท ธนบุรี เมดิเคิล เซ็นเตอร์ จำกัด (มหาชน)
LPH	บริษัท โรงพยาบาล ลาดพร้าว จำกัด (มหาชน)
M-CHAI	บริษัท โรงพยาบาลมหาชัย จำกัด (มหาชน)
NEW	บริษัท วัฒนาการแพทย์ จำกัด (มหาชน)
NTV	บริษัท โรงพยาบาลนนทเวช จำกัด (มหาชน)
PHG	บริษัท แพทย์รังสิตเฮลท์แคร์กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)
PR9	บริษัท โรงพยาบาลพระรามเก้า จำกัด (มหาชน)
PRINC	บริษัท พรินซิเพิล แคปิตอล จำกัด (มหาชน)
RAM	บริษัท โรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน)
RJH	บริษัท โรงพยาบาลราชธานี จำกัด (มหาชน)
RPH	บริษัท โรงพยาบาลราชพฤกษ์ จำกัด (มหาชน)
SAFE	บริษัท เซฟ เฟอร์ทิลิตี้ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)
SKR	บริษัท ศิครินทร์ จำกัด (มหาชน)
THG	บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)
VIBHA	บริษัท โรงพยาบาลวิภาวดี จำกัด (มหาชน)
VIH	บริษัท ศรีวิชัยเวชวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน)
WPH	บริษัท โรงพยาบาลวัฒนแพทย์ ตรัง จำกัด (มหาชน)

ตารางที่ 3-1 รายชื่อหุ้นและบริษัทในกลุ่มการแพทย์ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย



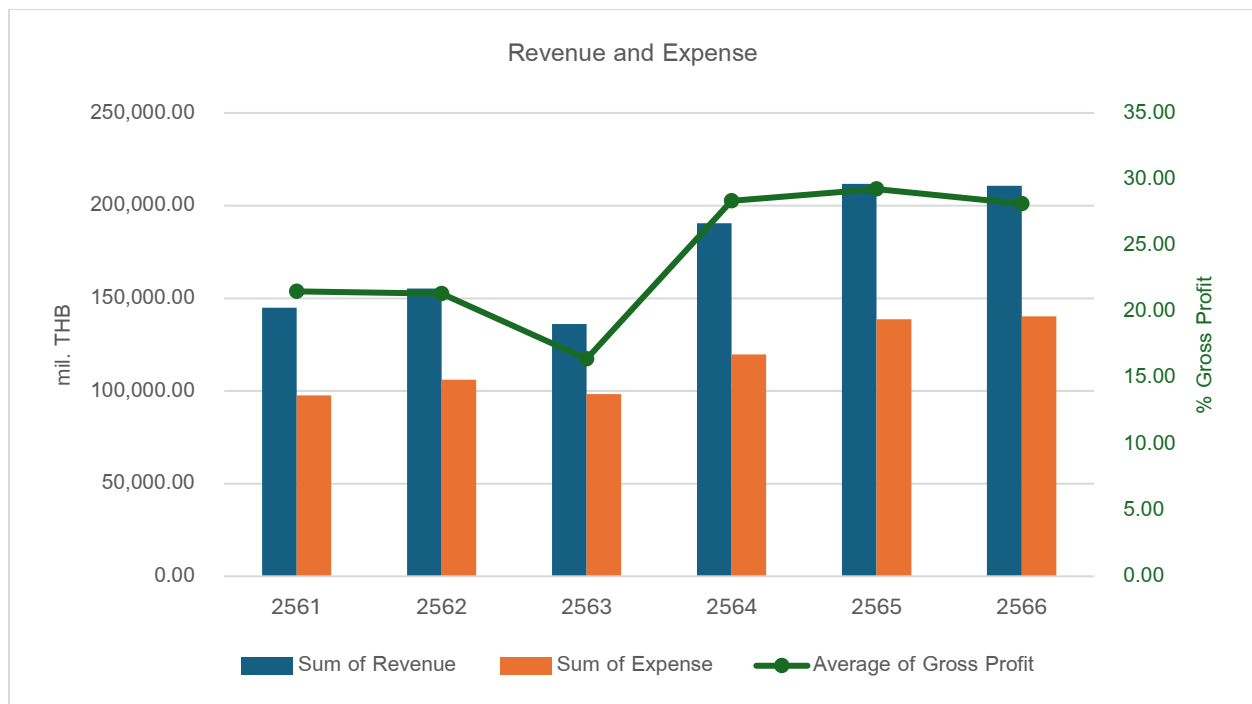
ภาพที่ 3-7 รายได้และต้นทุนจากการรักษาพยาบาลเฉลี่ย ปี 2561-2566 จากบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์กลุ่มธุรกิจการแพทย์

จากภาพที่ 3-7 กลุ่มบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ (BDMS) เป็นบริษัทที่มีรายได้จากการรักษาพยาบาลก่อนหักค่าใช้จ่ายสูงสุด และสูงกว่าบริษัทจดทะเบียนอื่นๆ ที่เหลือมากกว่า 8 เท่า กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่รองลงมา ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (BH) กลุ่มบางกอกเคอเนล (BCH) และกลุ่มโรงพยาบาลธนบุรี (THG) ในทางเศรษฐศาสตร์สามารถวิเคราะห์ขนาดของผู้ให้บริการรักษาพยาบาลในตลาดได้ด้วยมิติของส่วนแบ่งตลาด หากพิจารณาส่วนแบ่งรายได้การรักษาพยาบาลของบริษัททั้งหมดในกลุ่มการแพทย์ที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยได้ จะได้ส่วนแบ่งการตลาดของกลุ่มบริษัทต่างๆ เป็นดังภาพที่ 3-8



ภาพที่ 3-8 ส่วนแบ่งรายได้ของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มการแพทย์ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย

จากภาพที่ 3-8 จะเห็นได้ว่า กลุ่มบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการครองส่วนแบ่งตลาดจดทะเบียนฯ ทางด้านรายได้จากการรักษาพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 40 โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2561 มีสัดส่วนมากกว่า ร้อยละ 50 ของตลาดจดทะเบียนซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์สามารถพิจารณาได้ว่ามีความผูกขาดในระดับเริ่มต้น การเติบโตในตลาดการรักษาพยาบาลของบริษัทจดทะเบียน เนื่องจากธุรกิจรักษาพยาบาลประกอบการด้วยอุปกรณ์การแพทย์มูลค่าสูง หากมีขนาดรายได้และจำนวนผู้ใช้บริการมาก ย่อมเกิดความประหยัดต่อขนาด (economies of scale) และความประหยัดต่อขอบเขตการใช้งาน (economies of scope) ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่กลุ่มโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่จะได้ประโยชน์จากความประหยัดทั้งสองมิติดังกล่าวมากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก

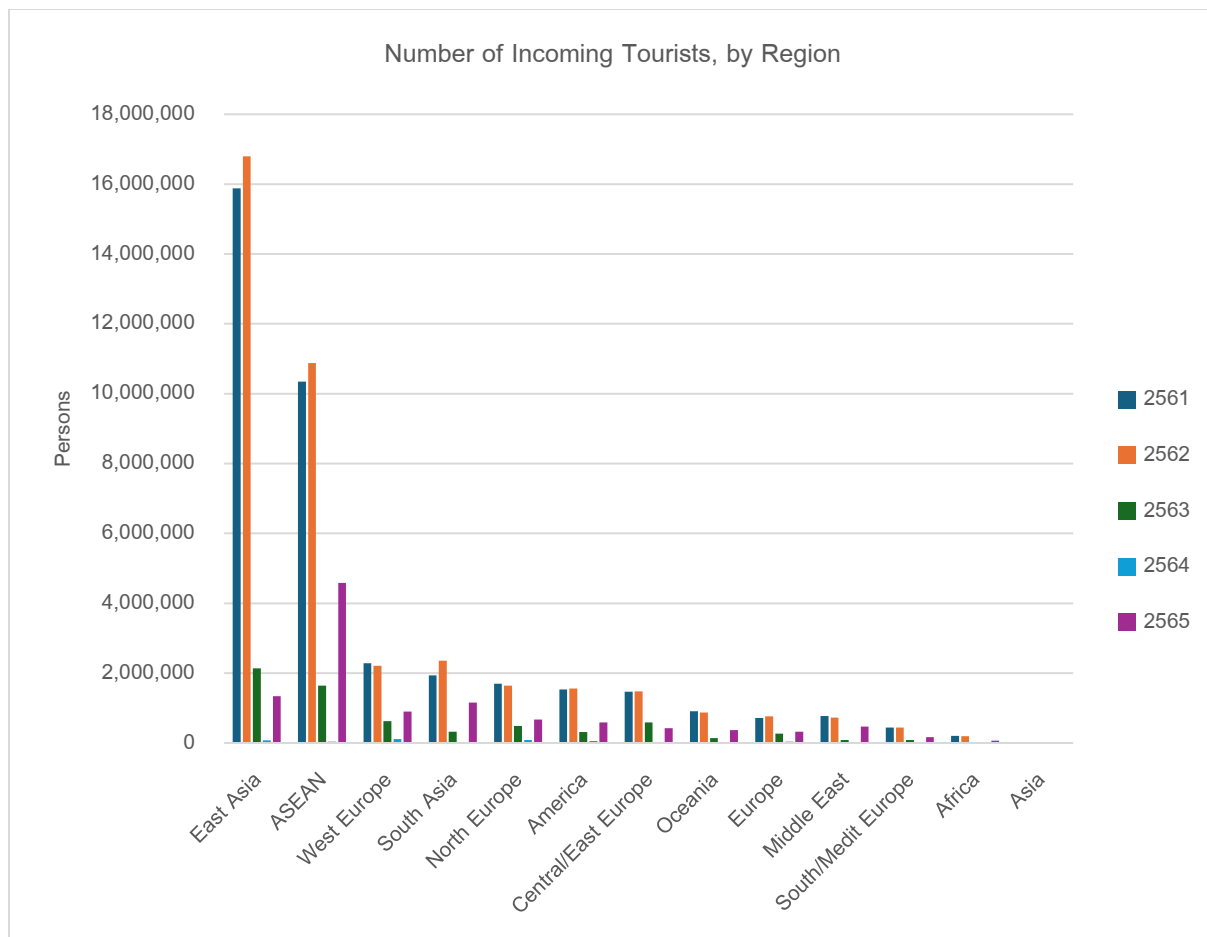


ภาพที่ 3-9 รายได้เทียบกับต้นทุนค่ารักษาพยาบาลรายปี จากบริษัทกลุ่มการแพทย์ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย

ภาพที่ 3-9 แสดงจำนวนรวมของรายได้ค่ารักษาพยาบาล และต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์กลุ่มการแพทย์ นอกจากปี 2563 ที่รายได้ลดลง ซึ่งน่าจะมาจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปีต่อๆ มีรายได้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี แต่สัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 ไปเป็นร้อยละ 28 ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566

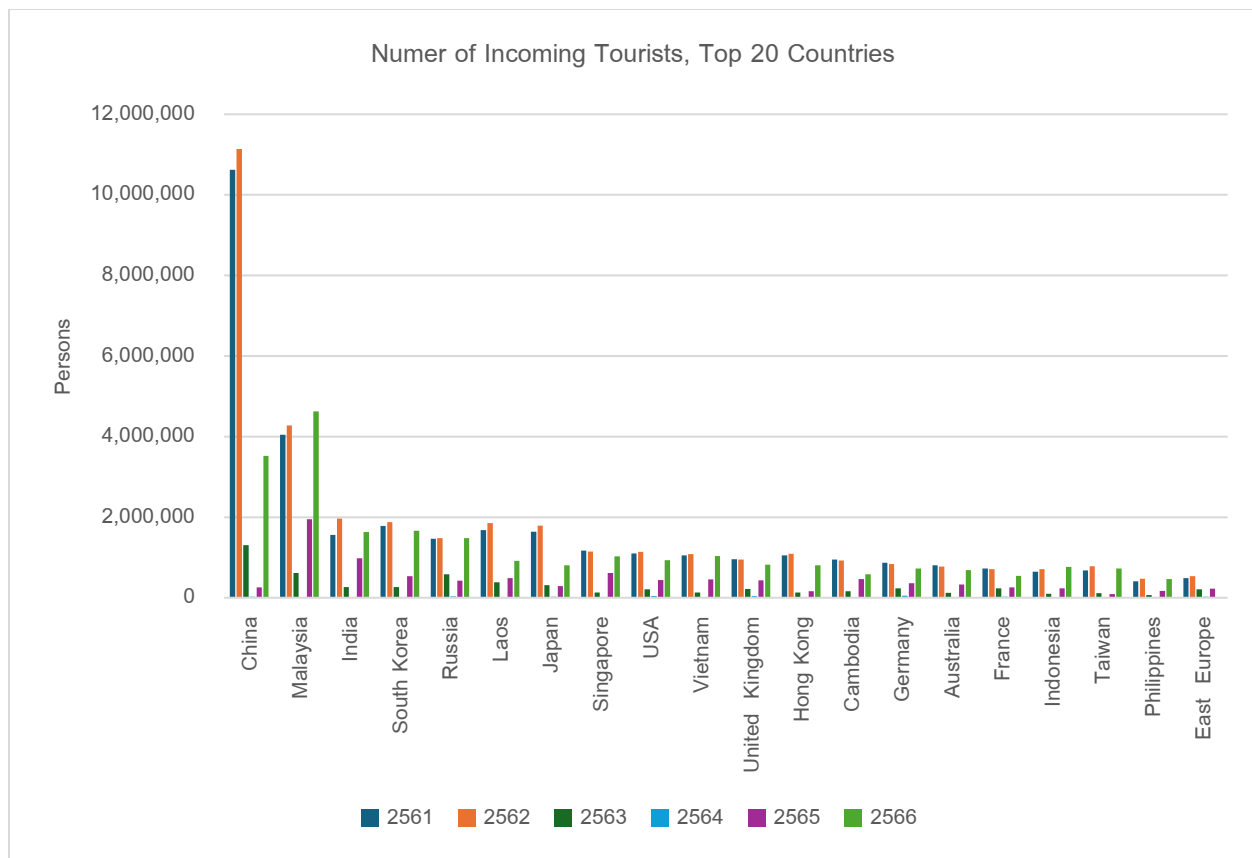
3.4 ข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวและรายจ่ายของนักท่องเที่ยว

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาจัดทำรายงานข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยว และรายจ่ายของนักท่องเที่ยวรายไตรมาส โดยจำแนกนักท่องเที่ยวรายประเทศ เมื่อจัดกลุ่มประเทศเป็นภูมิภาคต่างๆ แล้วพิจารณาจำนวนนักท่องเที่ยว และรายจ่ายของนักท่องเที่ยว จะได้ข้อมูลดังนี้



ภาพที่ 3-10 จำนวนนักท่องเที่ยวเข้าประเทศแยกตามภูมิภาค

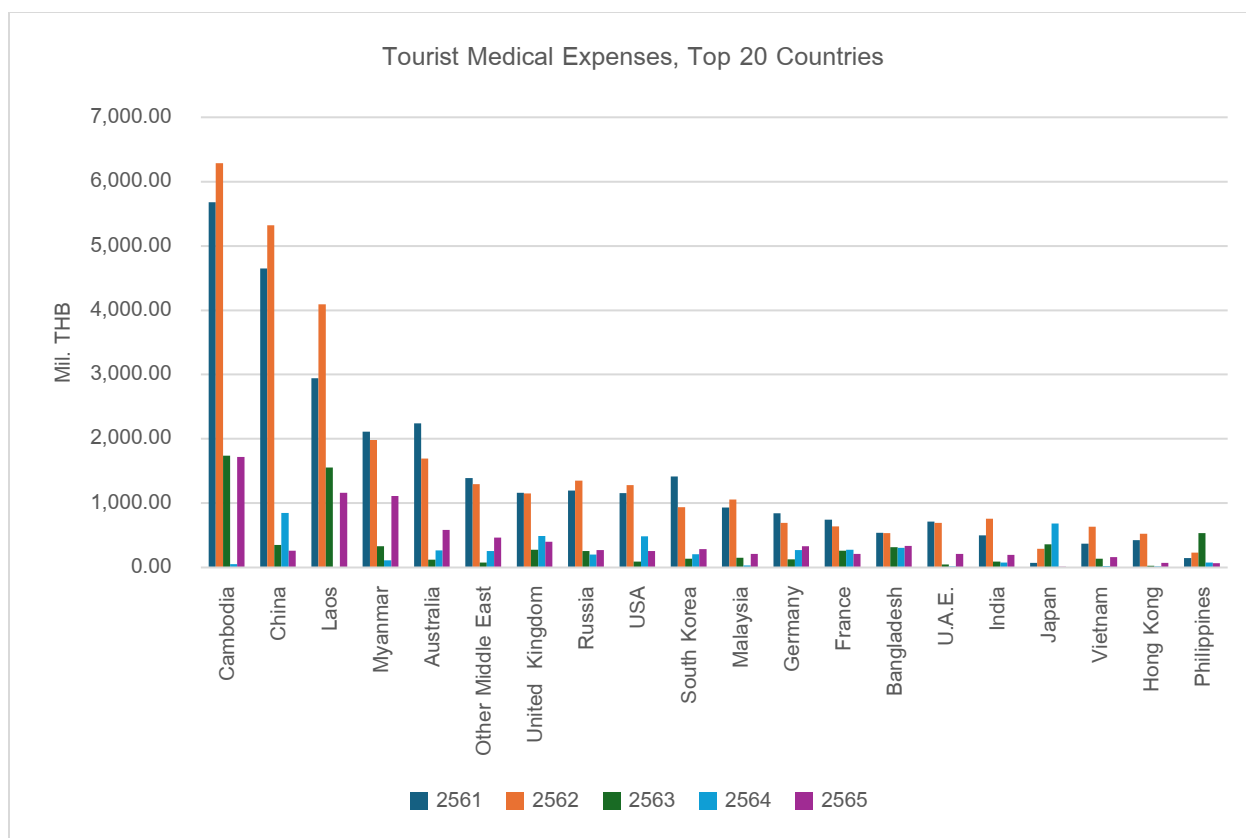
จากภาพที่ 3-10 นักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออก ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐเกาหลี ญี่ปุ่น ฮองกง สาธารณรัฐจีน และประเทศอื่นๆ มีจำนวนสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2561-2562 โดยมีจำนวนเฉลี่ย 15.9 ล้านคนต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 จำนวนนักท่องเที่ยวในภาพรวมลดลงอย่างมากเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี พ.ศ. 2564 ที่มีการงดการเดินทางระหว่างประเทศ ประเทศไทยประกาศรับนักท่องเที่ยวเข้าประเทศโดยบังคับให้อยู่เขตพื้นที่ที่กำหนด (Phuket Sandbox Program) ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 และยกเลิกการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วประเทศเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ ในวันที่ 23 กันยายน 2565 จึงเห็นได้ว่าเริ่มมีนักท่องเที่ยวทยอยเดินทางเข้าประเทศมากขึ้นในปี พ.ศ. 2565 แต่จำนวนนักท่องเที่ยวในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกยังไม่กลับมาสู่สภาวะก่อนสถานการณ์โรคระบาด โดยยังมีจำนวนนักท่องเที่ยวเพียง 7.6 ล้านคนเท่านั้น



ภาพที่ 3-11 จำนวนนักท่องเที่ยวเข้าประเทศแยกรายสัญชาติ

เมื่อพิจารณาจำนวนนักท่องเที่ยวรายสัญชาติ 10 อันดับสูงสุดดังภาพที่ 3-11 พบว่า จำนวนนักท่องเที่ยวสัญชาติจีนเดินทางเข้าประเทศช่วงก่อนสถานการณ์โรคติดเชื้อ อยู่ที่ 10.6 และ 11.1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 แต่หลังจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ ด้วยสถานการณ์เศรษฐกิจภายในประเทศจีน ทำให้นักท่องเที่ยวสัญชาติจีนเดินทางเข้าประเทศไทยลดน้อยลงไปมาก โดยเหลือเพียง 3.5 ล้านคนในปี 2566

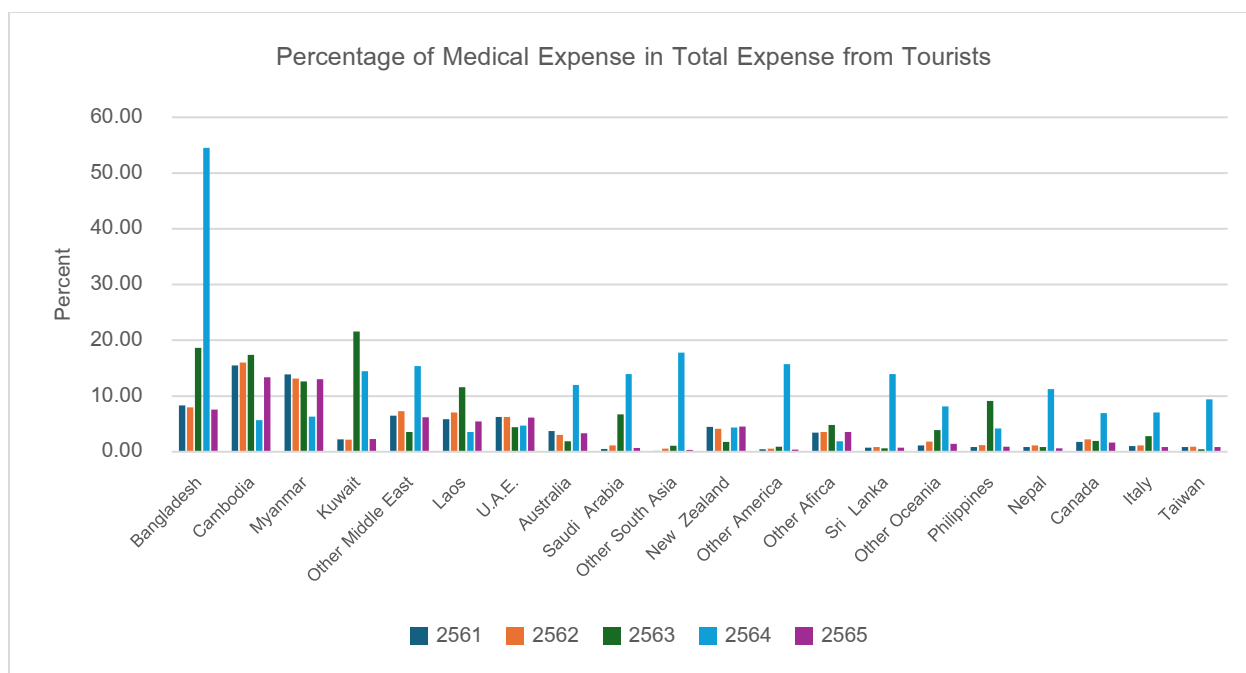
ประเทศที่มีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้าประเทศไทยในลำดับถัดมา คือมาเลเซีย เนื่องจากเป็นประเทศเพื่อนบ้าน และมีพรมแดนติดกัน โดยในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 มีนักท่องเที่ยวสัญชาติมาเลเซีย 4.0 และ 4.3 ล้านคนตามลำดับ หลังจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2566 มีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาเพิ่มขึ้นเป็น 4.6 ล้านคน



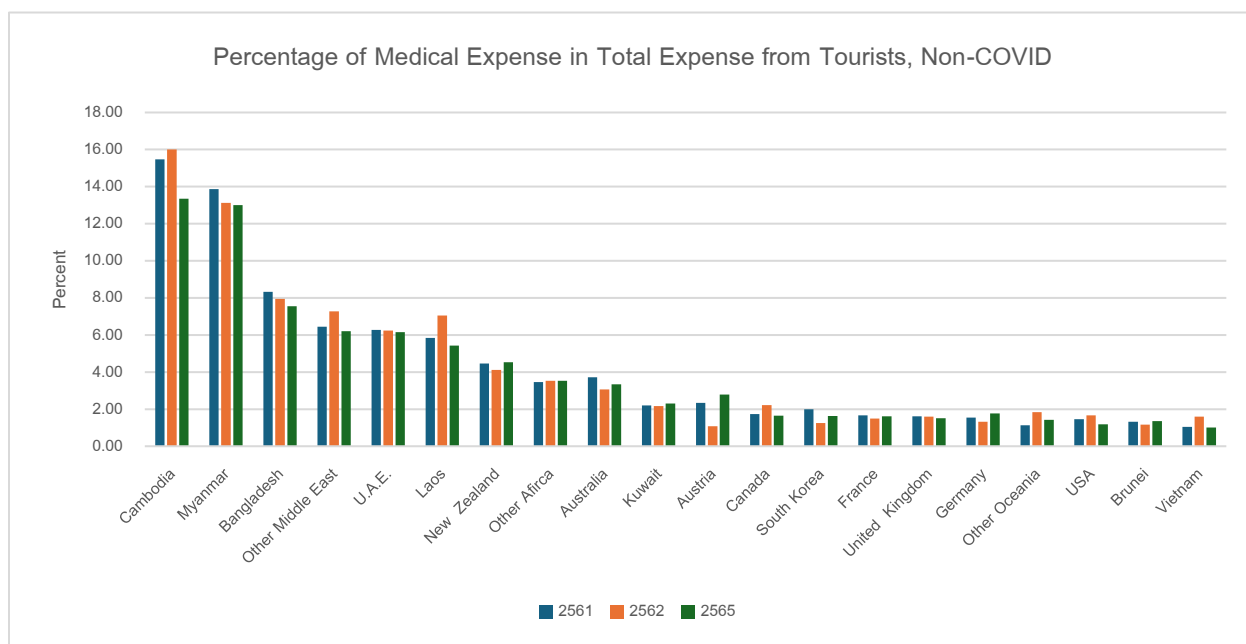
ภาพที่ 3-12 การใช้จ่ายของนักท่องเที่ยวในหมวดการแพทย์และสุขภาพ

นอกจากรายงานจำนวนนักท่องเที่ยวแล้ว กระทรวงการท่องเที่ยวยังรายงานประมาณการค่าใช้จ่ายรวมของนักท่องเที่ยว และค่าใช้จ่ายในหมวดต่างๆ โดยมีค่าใช้จ่ายหมวดการแพทย์และสุขภาพเป็นหมวดหนึ่งในนี้ด้วย ภาพที่ 3-12 แสดงประมาณการค่าใช้จ่ายรวมในหมวดการแพทย์และสุขภาพของนักท่องเที่ยวแยกรายสัญชาติ จะเห็นได้ว่า กัมพูชา มีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สูงที่สุด และสูงกว่าจีน มาเลเซีย ซึ่งมีจำนวนนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามามากกว่า นอกจากนี้ ลาว และ เมียนมาร์ มีการใช้จ่ายหมวดนี้สูงเป็นลำดับที่ 3 และ 4 ซึ่งอาจจะอนุมานได้ว่าผู้ที่เดินทางเข้ามาส่วนหนึ่งนั้น เดินทางเข้ามาเพื่อใช้บริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะ จึงมีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สูง

ส่วนภาพที่ 3-13 แสดงสัดส่วนของค่าใช้จ่ายหมวดการแพทย์และสุขภาพเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของนักท่องเที่ยว กัมพูชา เมียนมาร์ และลาว ยังคงมีสัดส่วนการใช้จ่ายหมวดการแพทย์ที่สูง โดยเฉลี่ยร้อยละ 13.57 11.79 และ 6.69 ตามลำดับ ในขณะที่ประเทศอื่นๆ นั้นมีการใช้จ่ายเฉลี่ยที่ระดับไม่เกินร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2564 นั้นมีบริการพิเศษเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ จึงอาจจะทำให้สัดส่วนการใช้จ่ายในหมวดการแพทย์ของประเทศต่างๆ สูงมากกว่าปกติ นอกจากนี้ ประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง เช่น คูเวต สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซาอุดีอาระเบีย ก็มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายหมวดนี้สูงเป็นลำดับต้นๆ เช่นกัน เมื่อตัดปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ซึ่งคาบเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อ ออกดังภาพที่ 3-14 จะเห็นว่าสัดส่วนการใช้จ่ายของประเทศต่างๆ ค่อนข้างคงที่



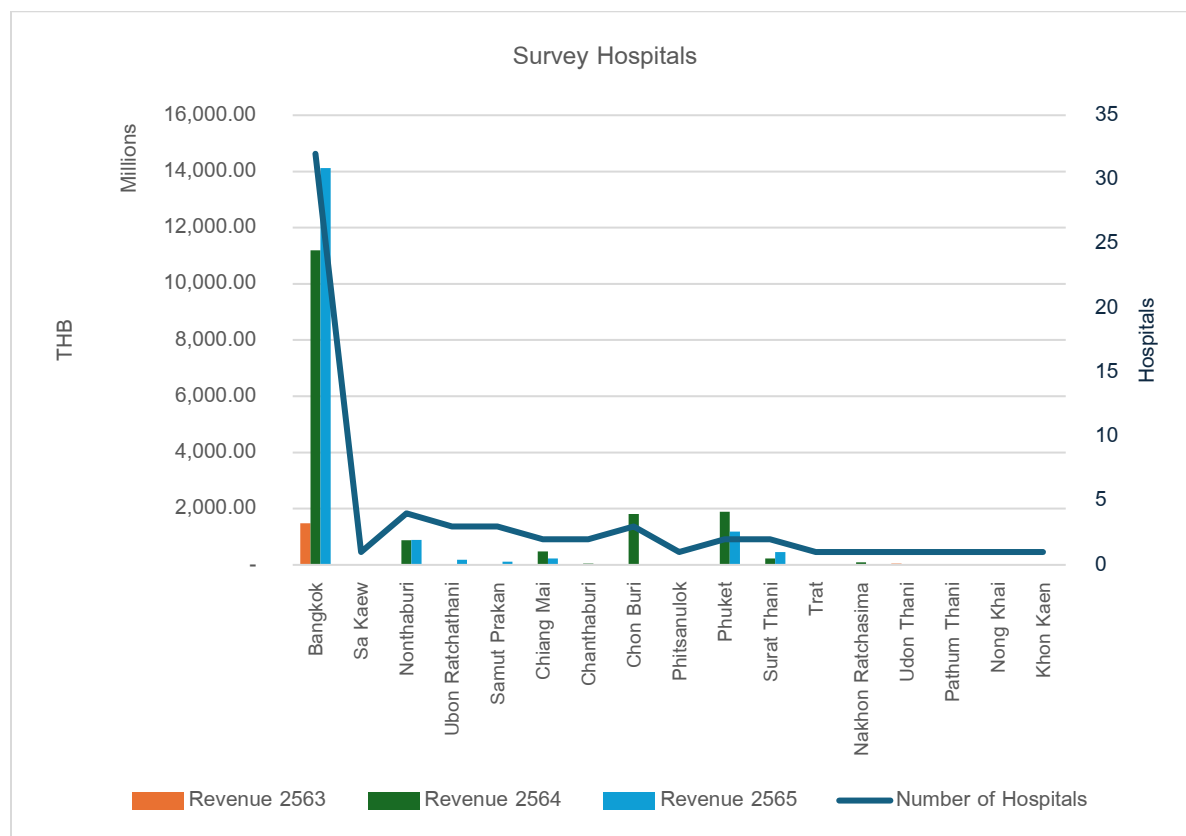
ภาพที่ 3-13 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายหมวดการแพทย์และสุขภาพ เทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของนักท่องเที่ยว



ภาพที่ 3-14 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายหมวดการแพทย์และสุขภาพ เทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของนักท่องเที่ยว นอกช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

3.5 ผลสำรวจจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการสำรวจรายได้จากผู้มีถิ่นพำนักนอกประเทศ โดยแยกตามประเทศ และแยกตามกลุ่มโรค ผลการสำรวจเป็นดังนี้



ภาพที่ 3-15 รายได้จากผู้มีถิ่นพำนักนอกประเทศ แยกรายได้ตั้งของโรงพยาบาล

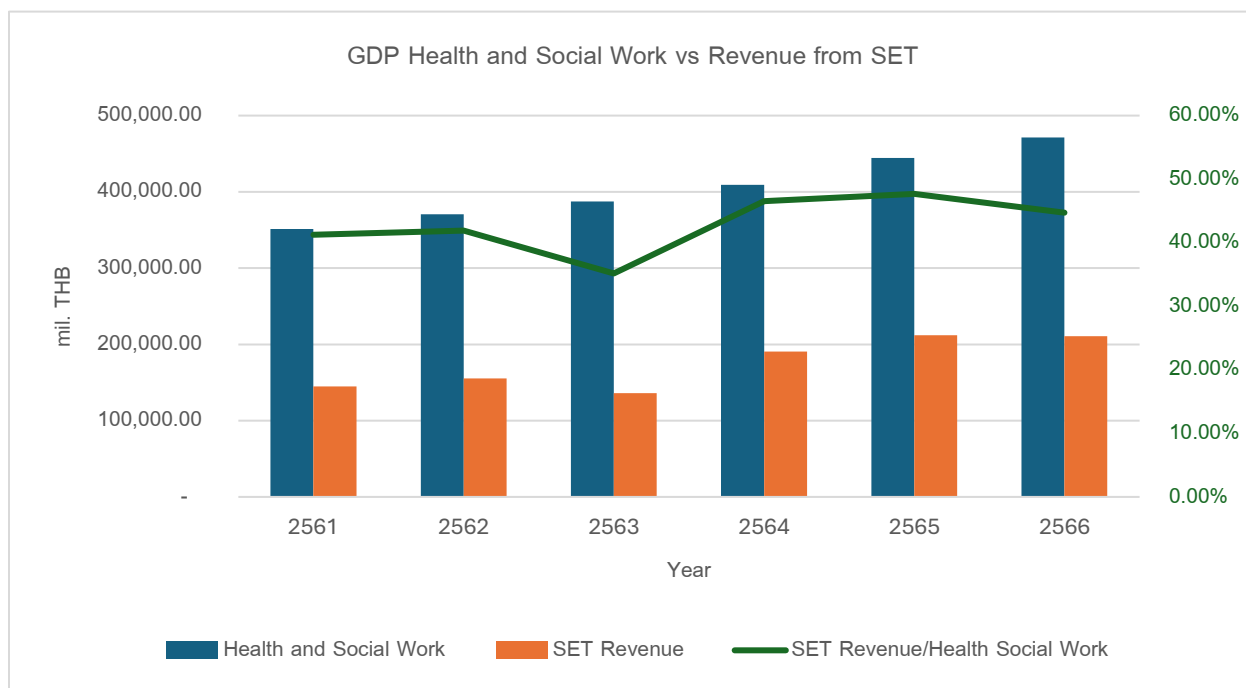
มีโรงพยาบาลตอบแบบสำรวจทั้งหมด 61 โรงพยาบาลใน 3 ปี โดย 32 โรงพยาบาลอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล นอกนั้นเป็นโรงพยาบาลในต่างจังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับชายแดน หรือเป็นเมืองท่องเที่ยว อย่างไรก็ตาม การตอบแบบสอบถามของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างไม่สม่ำเสมอ มีโรงพยาบาลไม่ถึง 5 แห่งที่ตอบครบทุกหัวข้อทุกปี

โรงพยาบาลต่างๆ มีวิธีการบันทึกสถิติหรือถิ่นที่พำนักของผู้ป่วยแตกต่างกันไป บางโรงพยาบาลบันทึกโดยใช้สถิติเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นผู้มีถิ่นพำนักในประเทศหรือไม่ โดยจำนวนสถิติทั้งหมดที่บันทึกจากทุกโรงพยาบาลมีรวม 178 ประเทศ จำนวนผู้ป่วยรวม 1.0 2.0 และ 2.1 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2563-2565 ตามลำดับ (นับซ้ำผู้ป่วยในและนอก)

โรงพยาบาลได้รายงานจำนวนผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค โดยมีกลุ่มโรคทั้งสิ้น 19 กลุ่มโรค แต่บางโรงพยาบาลมีการจัดกลุ่มโรคไม่ตรงตามแบบ
สำรวจของกรมฯ จึงจัดเป็นกลุ่มอื่นๆ

4 ผลการศึกษา

4.1 เปรียบเทียบรายได้ค่ารักษาพยาบาลของบริษัทในตลาดหลักทรัพย์ กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

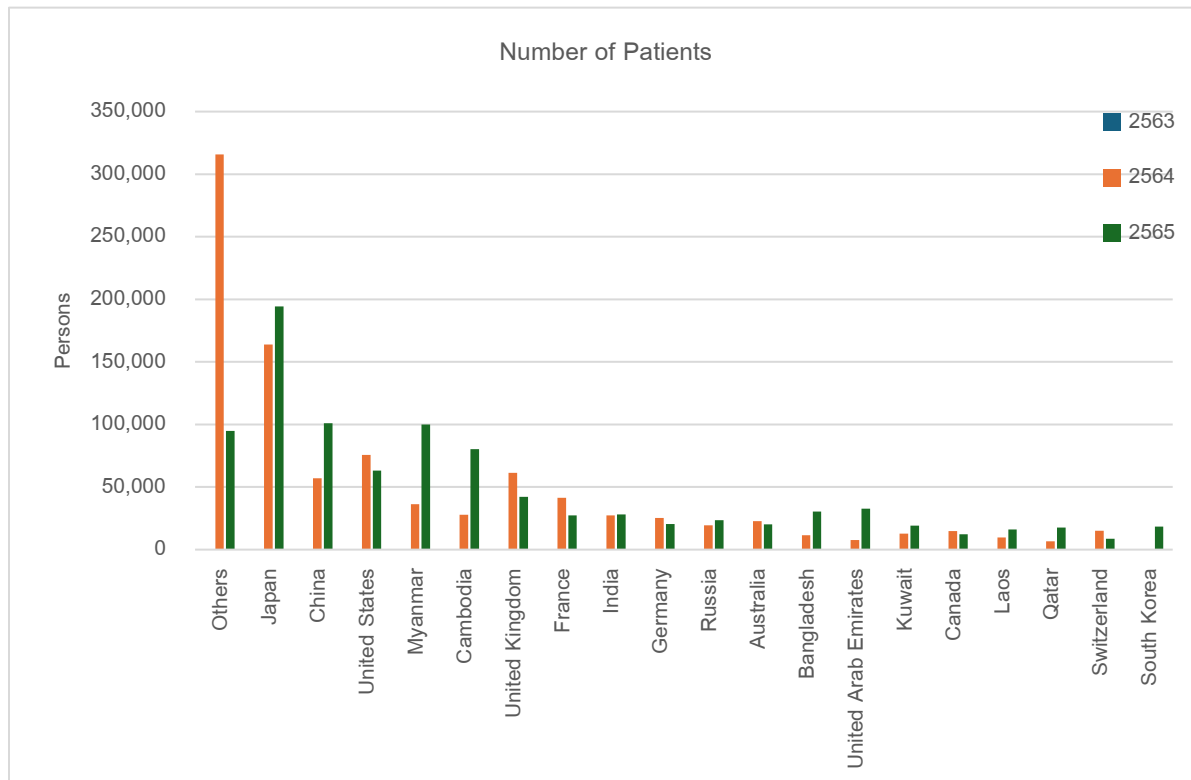


ภาพที่ 4-1 สัดส่วนของรายได้จากค่ารักษาพยาบาลของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ เมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศด้านกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของรายได้จากค่ารักษาพยาบาลของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศด้านกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ ดังภาพที่ 4-1 พบว่ามีสัดส่วนโดยเฉลี่ยร้อยละ 43 โดยสัดส่วนค่อนข้างคงที่

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจากแบบสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2563-2565

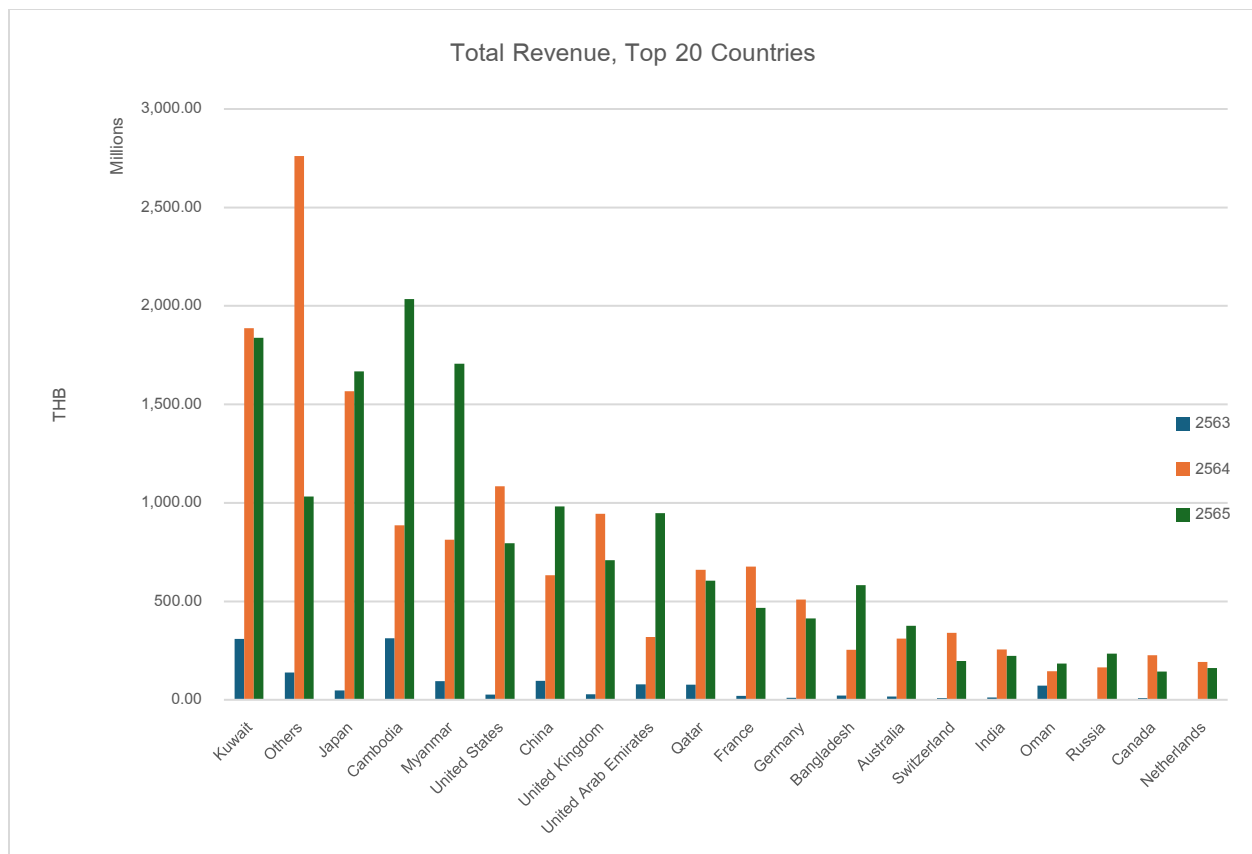
4.2.1 ผู้ป่วยทั้งหมด



ภาพที่ 4-2 จำนวนผู้ป่วยแยกรายสัญชาติ

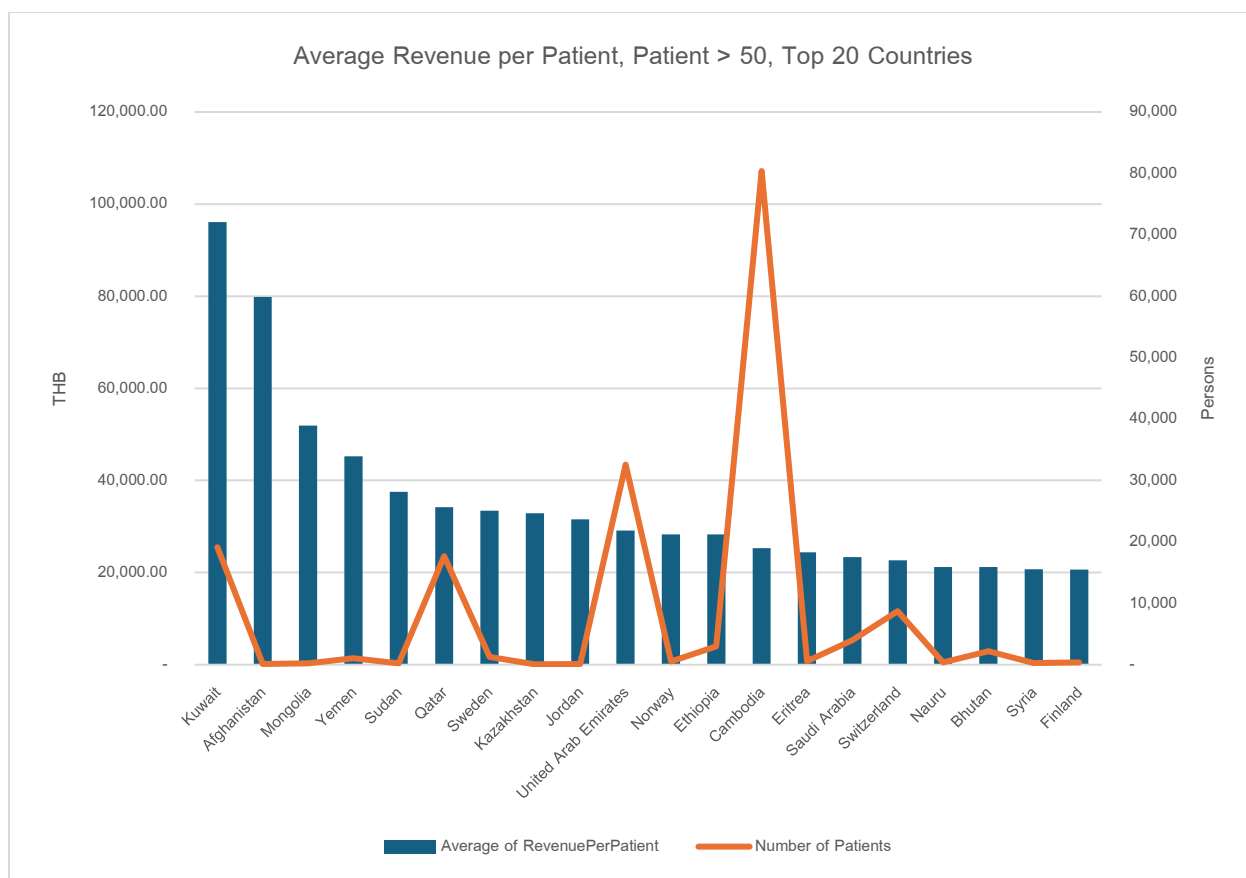
ภาพที่ 4-2 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกรายสัญชาติจากแบบสำรวจที่โรงพยาบาลตอบกลับ เนื่องจากแบบสอบถามกำหนดประเทศหลักไว้เพียง 18 ประเทศ และมีตัวเลือกอื่นๆ ให้ โรงพยาบาลส่วนมากจึงรวมผู้ป่วยอื่นๆ ในชื่อ Others ส่วนในแต่ยังคงมีบางโรงพยาบาลที่แจกแจงรายประเทศโดยละเอียดเช่นกัน จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 น้อยมากเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ และการห้ามเดินทางเข้าออก นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 ส่วนหนึ่งยังอาจมาจากผู้ป่วยอันเนื่องมาจากโรคติดเชื้อ ด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยแล้ว พบว่า จำนวนผู้ป่วยจากญี่ปุ่นมีมากที่สุด ในขณะที่จีน สหรัฐอเมริกา เมียนมาร์ กัมพูชา อยู่ในลำดับรองลงมา เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวเดินทางเข้าประเทศแล้วพบว่ามีคามแตกต่างอย่างมาก



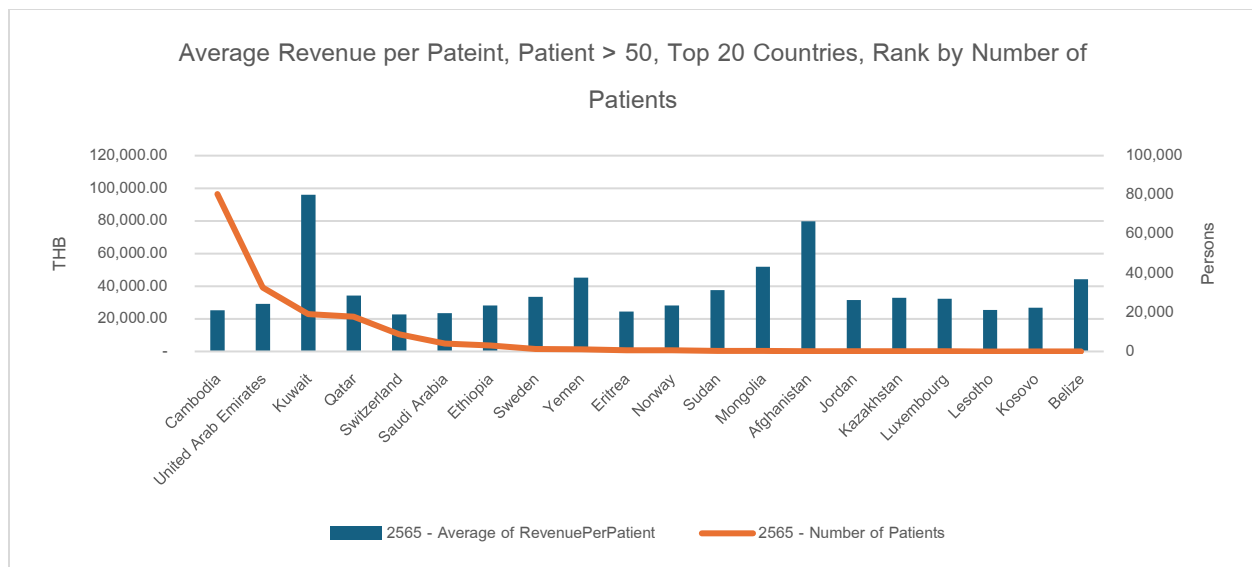
ภาพที่ 4-3 รายรับรวมจากผู้ป่วยแยกรายสัญชาติ 20 ประเทศแรก

ภาพที่ 4-3 แสดงรายรับรวมจากผู้ป่วย จะเห็นว่าดูเวตมีรายรับรวมเป็นอันดับแรก ทั้งที่มีจำนวนผู้ป่วยอยู่ในลำดับที่ 15 ส่วนญี่ปุ่น กัมพูชา เมียนมาร์ สหรัฐอเมริกา และจีน ยังคงมีรายรับรวมเป็นลำดับต้นๆ เช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2563 และ 2564 นั้นมาจาก ช่วงที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ การวิเคราะห์ข้อมูลจึงจะใช้ข้อมูลของปี พ.ศ. 2565 เป็นหลัก



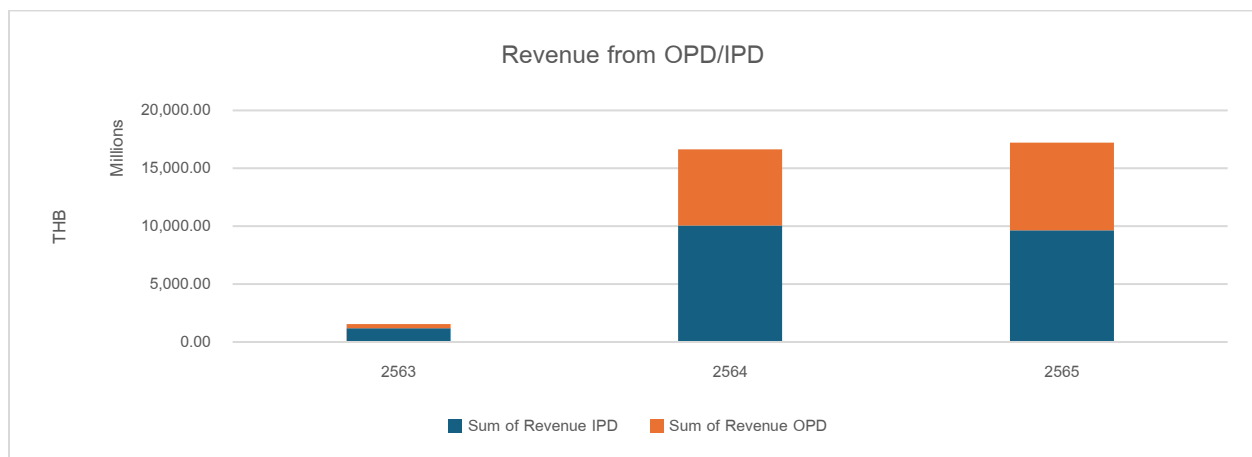
ภาพที่ 4-4 รายรับต่อผู้ป่วยแยกรายสัญชาติ

เมื่อพิจารณารายรับต่อผู้ป่วยแยกตามสัญชาติในปี พ.ศ. 2565 แล้ว พบว่า ญี่ปุ่น จีน สหรัฐอเมริกา เมียนมาร์ กัมพูชา ซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูง และมีรายรับรวมสูง กลับมีรายรับต่อหัวไม่สูงตามไปด้วย ภาพที่ 4-4 แสดงให้เห็นรายรับต่อผู้ป่วยตามสัญชาติ 20 ลำดับแรกในปี พ.ศ. 2565 โดยพิจารณาเฉพาะประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยรวมมากกว่า 50 ราย เทียบกับจำนวนผู้ป่วยรวม ซึ่งแสดงด้วยเส้นสีส้มและแกนทางด้านขวา จะเห็นว่าคูเวต ออสเตรเลีย มอนโกเลีย เยเมน ซูดาน กลับเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยใช้จ่ายสูง แม้จำนวนผู้ป่วยจะไม่มากนัก จากภาพยังแสดงให้เห็นว่าคูเวต สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และกัมพูชา ซึ่งเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ามามาก ยังคงมียอดใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ค่อนข้างสูง ซึ่งน่าจะสรุปได้ว่า กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้ามาเพื่อใช้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ในกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงแต่กลับมียอดการใช้จ่ายน้อยนั้นน่าจะเป็นกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้การรักษาพยาบาลเล็กน้อยจากอุบัติเหตุ หรือกลุ่มที่มารักษาด้วยอาการที่ไม่ซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายไม่สูง



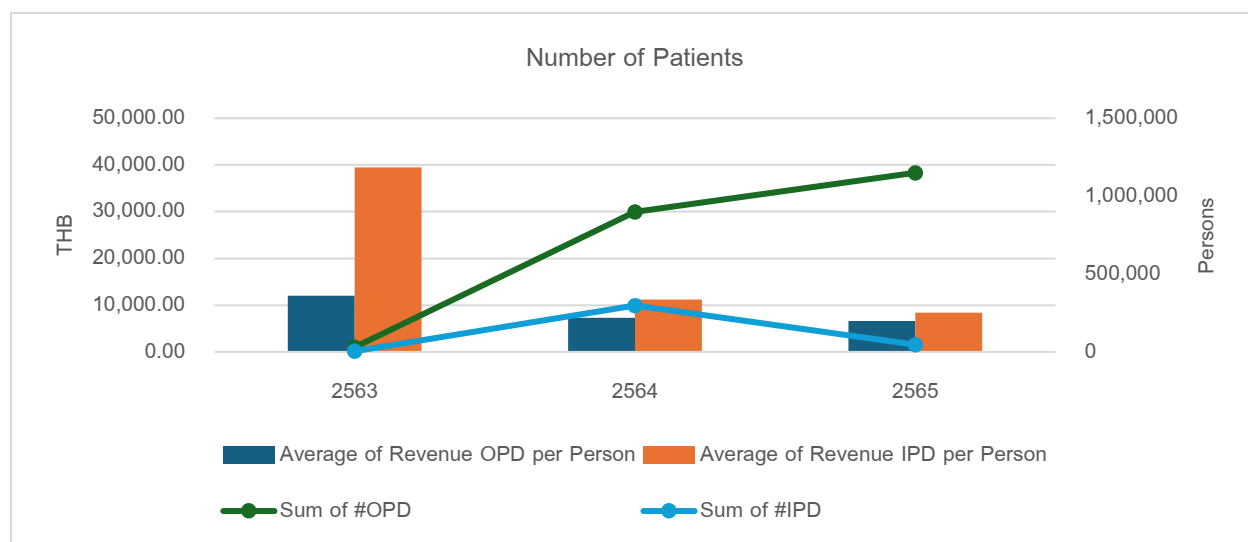
ภาพที่ 4-5 รายรับต่อผู้ป่วยแยกรายสัญชาติ เรียงตามจำนวนผู้ป่วย

ภาพที่ 4-5 แสดงรายรับต่อผู้ป่วยแยกรายสัญชาติเช่นเดียวกับภาพที่ 4-4 แต่เรียงลำดับตามจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเทศแทน ซึ่งพบว่ากลุ่มประเทศที่น่าสนใจ และน่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายของบริการทางการแพทย์ คือกลุ่มที่มีการเดินทางเข้ามาไม่มากนัก แต่มีการใช้จ่ายต่อหัวที่สูง ได้แก่ คูเวต อัฟกานิสถาน



ภาพที่ 4-6 รายรับจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

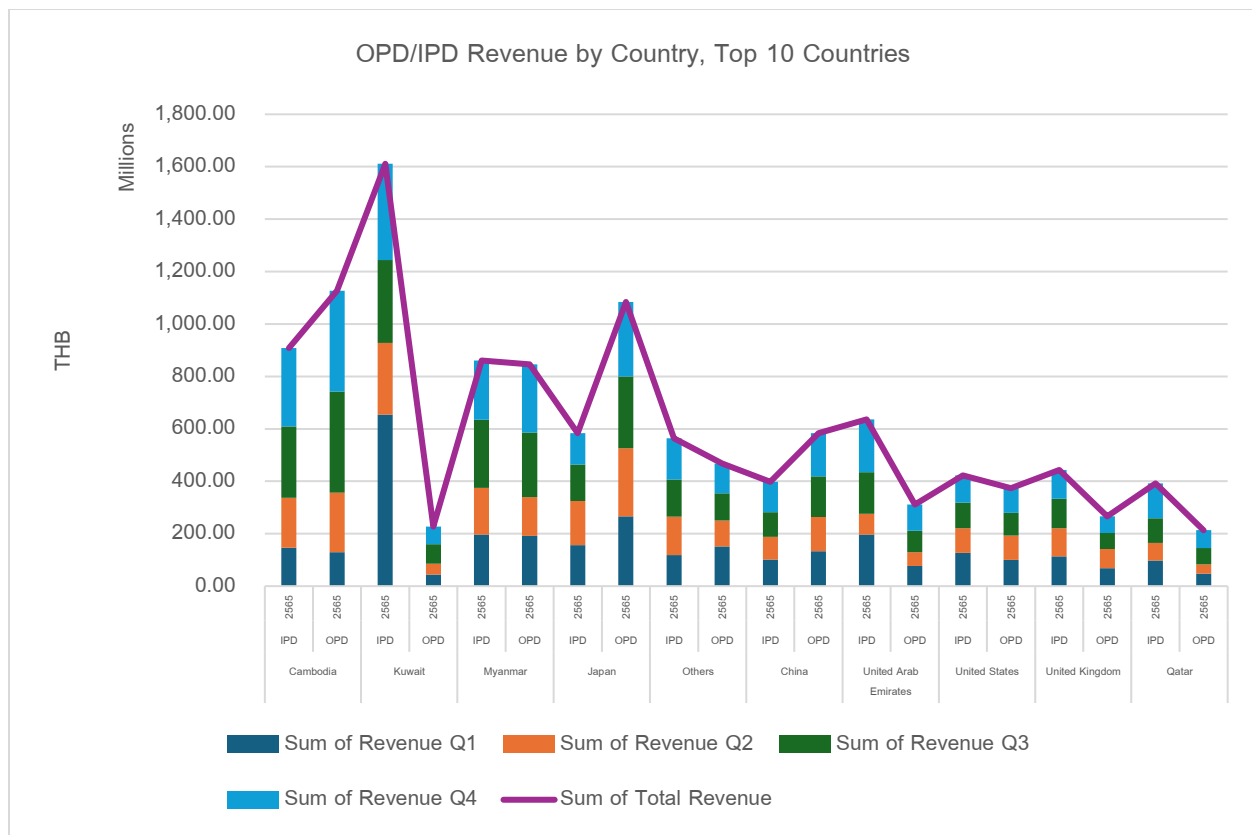
ภาพที่ 4-6 แสดงสัดส่วนระหว่างรายรับจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2563-2565 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งยังคงมีสถานการณ์โรคติดเชื้อ มีผู้ป่วยและรายรับน้อยมาก แต่ในปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 แนวโน้มรายรับเป็นไปในทางเดียวกัน คือสัดส่วนรายรับจากผู้ป่วยในอยู่ที่ ร้อยละ 60 และรายรับจากผู้ป่วยนอกร้อยละ 40 โดยประมาณ



ภาพที่ 4-7 รายรับต่อหัวจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

แต่เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ดังภาพที่ 4-7 จะพบว่า จำนวนผู้ป่วยในน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยนอกมาก ในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วยในรวมประมาณ 4 พันคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นมากเป็นประมาณ 3 แสนคน สืบเนื่องจากมาตรการกักตัวจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ ทำให้สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 24 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนในปี พ.ศ. 2565 ที่สถานการณ์เริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ นักท่องเที่ยวทยอยเดินทางกลับมาแล้ว ทำให้จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 1.1 ล้านคน และจำนวนผู้ป่วยในลดลงไปอยู่ที่ระดับ 4.6 หมื่นคน และมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 0.3

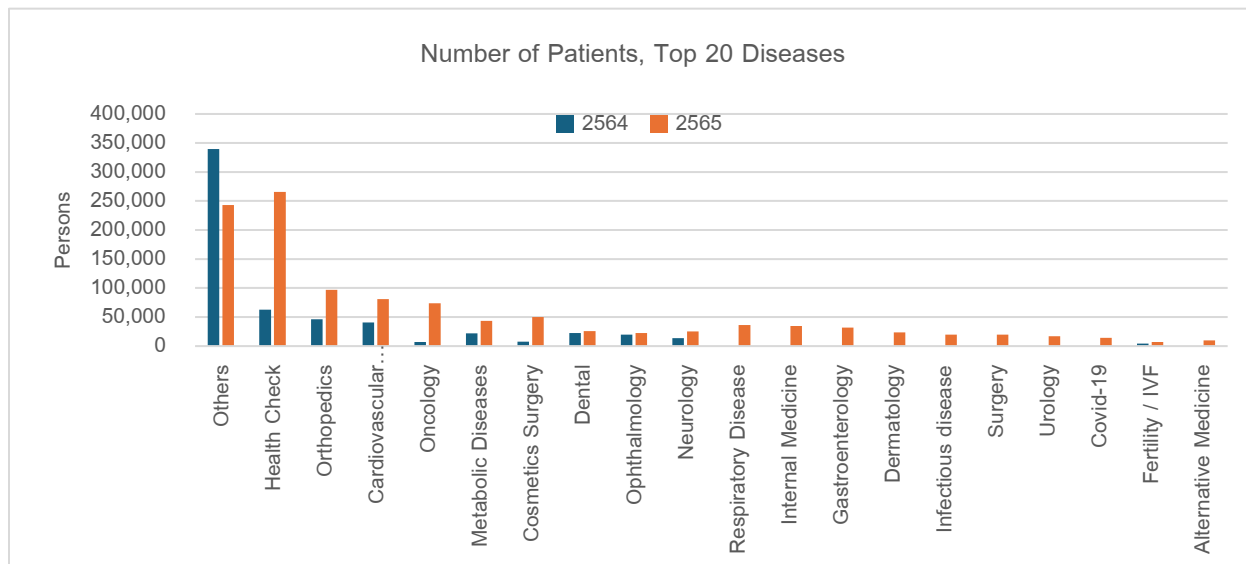
แม้จำนวนผู้ป่วยในจะน้อย แต่รายรับรวมกลับสูงกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รายรับต่อหัวของผู้ป่วยในนั้นสูงกว่าผู้ป่วยนอก โดยอยู่ที่ประมาณ 4 หมื่น, 1.1 หมื่น และ 8 พันบาทในปี พ.ศ. 2563-2565 ตามลำดับ



ภาพที่ 4-8 รายรับจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แยกตามสัญชาติ

เนื่องจาก พ.ศ. 2563-2564 ยังคงอยู่ในสภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทำให้รายรับค่ารักษาพยาบาลไม่สะท้อนภาพโดยทั่วไป จึงจะพิจารณาเฉพาะรายรับในปี พ.ศ. 2565 ดังภาพที่ 4-8 ซึ่งแสดงรายรับจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยแยกตามสัญชาติ และเรียงตามลำดับรายรับจากมากไปน้อย 10 ลำดับแรก จะเห็นว่า รายรับในแต่ละไตรมาสไม่แตกต่างกันมากในทุกประเทศ แต่ก็มีพหุชา เมียนมาร์ ญี่ปุ่น จีน มีจำนวนรายรับจากผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้ป่วยใน ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ในขณะที่คูเวต สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ มีรายรับจากผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอกอย่างเห็นได้ชัด กลุ่มประเทศเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มประเทศที่ถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก แต่สร้างรายได้จากการรักษาพยาบาลให้ประเทศไทยได้สูง

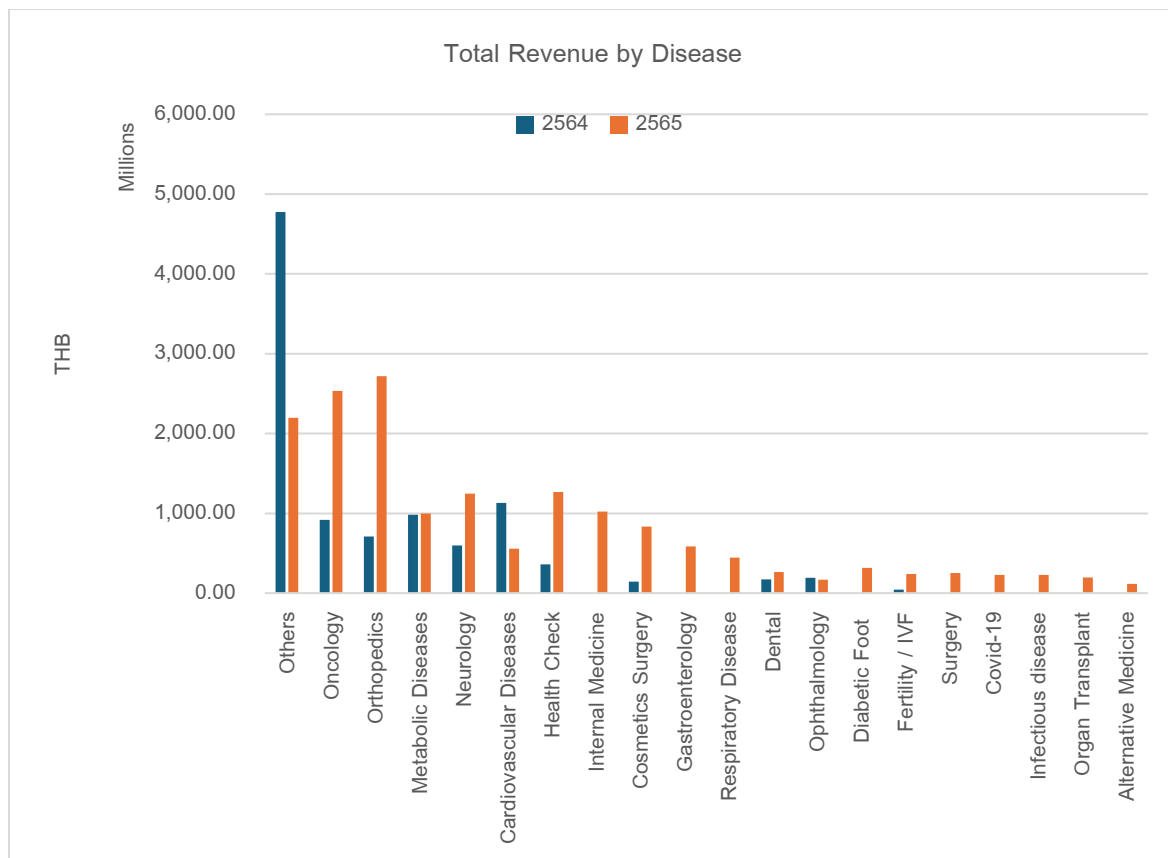
4.2.2 กลุ่มโรค



ภาพที่ 4-9 จำนวนผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค

แบบสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้โรงพยาบาลแจกแจงกลุ่มโรคของผู้เข้ารับการรักษาด้วย โดยแบ่งออกเป็น 19 กลุ่มโรค และโรคอื่นๆ เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งเก็บข้อมูลกลุ่มโรคไม่ตรงกับที่กรมระบุ หรือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหลายกลุ่มโรค ทางโรงพยาบาลจึงบันทึกเป็นกลุ่ม อื่นๆ (Others) ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้สูงที่สุดทั้งในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 จำนวนผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรคเป็นดังภาพที่ 4-9

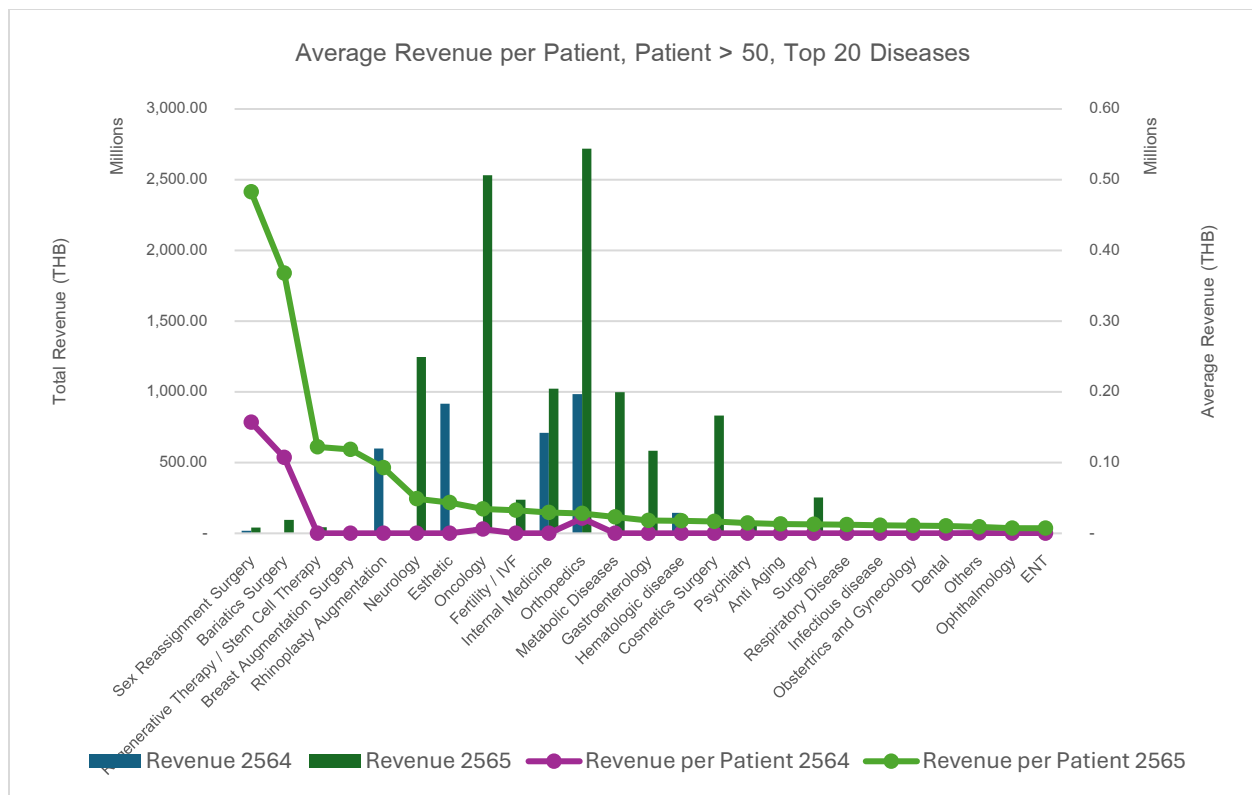
ในภาพรวมของทั้งสองปีนั้น ปีพ.ศ. 2564 ยังคงเป็นช่วงปลายของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทำให้จำนวนผู้ป่วยโดยรวมน้อย การพิจารณาจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ จึงควรดูในปี พ.ศ. 2565 เป็นหลัก ซึ่งพบว่า รองจากกลุ่มโรคอื่นๆ แล้ว เป็นการเข้ารับการรักษาตรวจสุขภาพ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 2.6 แสนคน และในลำดับถัดไปเป็นกลุ่มกระดูกและข้อ (Orthopedics) โรคหัวใจ (Cardiovascular disease) และมะเร็ง (Oncology) ตามลำดับ



ภาพที่ 4-10 รายได้รวมผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค

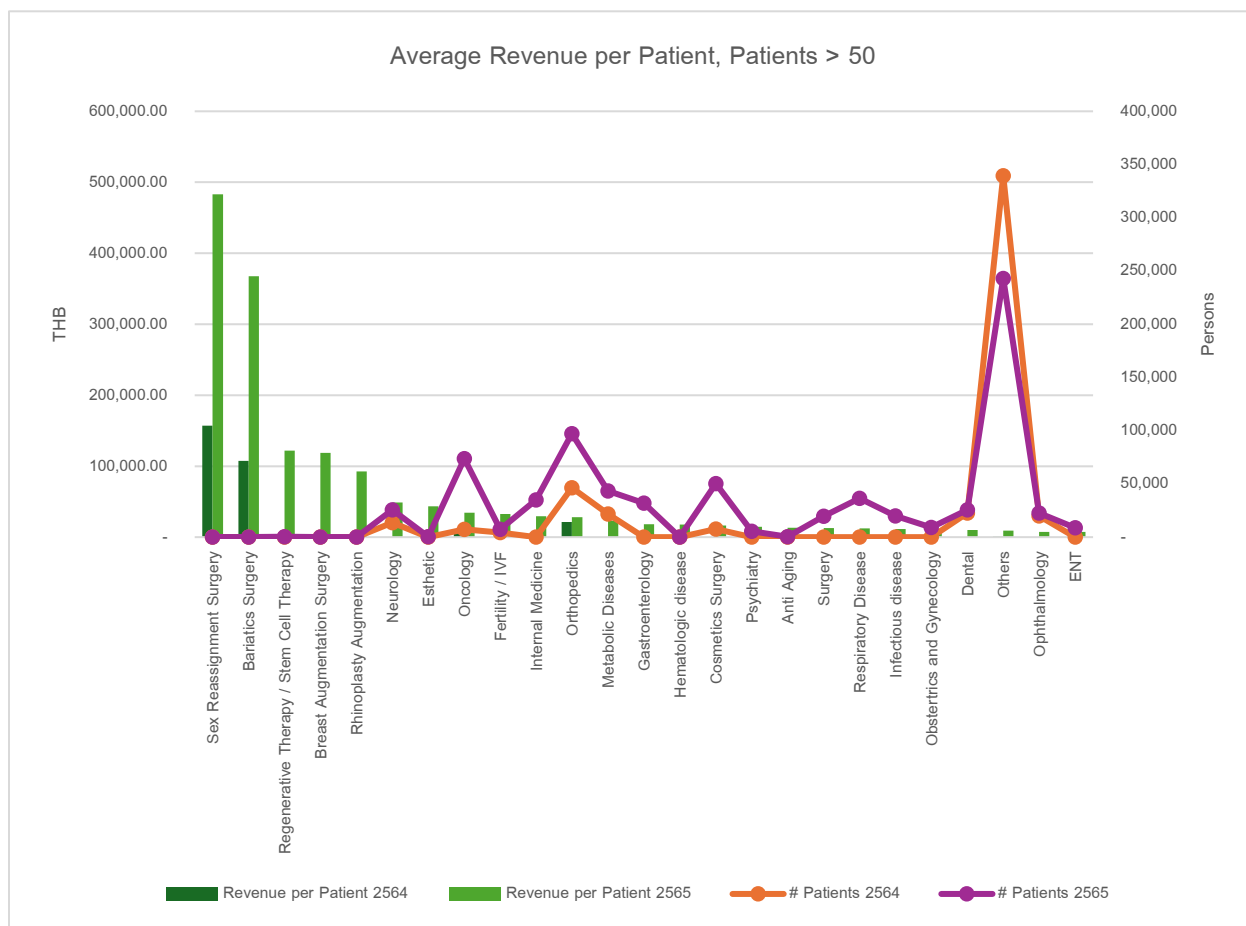
แต่หากพิจารณาจากรายรับรวมในกลุ่มโรคต่างๆ ดังภาพที่ 4-10 จะพบว่า การตรวจสุขภาพนั้นสร้างรายรับรวมประมาณ 1,200 ล้านบาท ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 6 เมื่อไม่นับกลุ่มโรคอื่นๆ แต่กลุ่มมะเร็ง กระดูกและข้อ กลับสร้างรายรับรวมที่สูงกว่ามาก

เมื่อพิจารณารายรับต่อหัวของกลุ่มโรคต่างๆ จะพบว่า มีการปลูกถ่ายอวัยวะบางรายที่รายได้สูงเกิน 10 ล้านบาท ทำให้ค่าเฉลี่ยรายได้สูงกว่าหมวดอื่นๆ แต่โดยเฉลี่ยแล้วค่าใช้จ่ายจะอยู่ที่ประมาณ 5 แสนบาทต่อราย จึงตัดรายการนี้ออก และตัดกลุ่มโรคอื่นๆ ที่มีจำนวนผู้ป่วยไม่ถึง 50 รายออกไป เพื่อให้เห็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคชัดเจนขึ้น ดังภาพที่ 4-11 จะเห็นว่า การผ่าตัดแปลงเพศ การผ่าตัดกระเพาะ สร้างรายรับต่อหัวที่สูงมากถึง 4.8 และ 3.6 แสนบาทต่อราย แต่มีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก ส่วนกลุ่มมะเร็ง กระดูกและข้อ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมาก สร้างรายรับประมาณ 3.4 และ 2.7 หมื่นบาทต่อราย



ภาพที่ 4-11 รายรับต่อหัวของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค เรียงตามรายรับต่อหัวผู้ป่วย

4.3 วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายสำหรับส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติ



ภาพที่ 4-12 รายรับต่อหัวของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค เทียบกับจำนวนผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 4-12 สามารถวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบกลุ่มชาวต่างชาติโดยหมวดการแพทย์ได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 รายรับการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูง แต่จำนวนผู้ป่วยน้อย: ได้แก่ หมวดการแพทย์คือ

การผ่าตัดแปลงเพศ การผ่าตัดกระเพาะ การฟื้นฟูสุขภาพและสเต็มเซลล์ การผ่าตัดเสริมเต้านม การเสริมจมูก ซึ่งเป็นบริการไม่เร่งด่วน บริการเหล่านี้มีรายได้เฉลี่ยต่อคนสูงในระดับมากกว่า 1 แสนบาท แต่มีจำนวนผู้ป่วยน้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าบริการเหล่านี้มีมูลค่าสูงแต่มีผู้ป่วยน้อย กลุ่มเหล่านี้มีศักยภาพที่สร้างมูลค่าตลาดโดยรวมได้มาก และไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อการรักษาที่จำเป็นและเร่งด่วน จึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจ หากมีผู้เข้ารับเพิ่มขึ้น 1 ราย สามารถสร้างมูลค่าได้เท่ากับ การตรวจสุขภาพทั่วไปถึง 25 ราย เนื่องจากการตรวจสุขภาพนั้นสร้างรายรับเพียง 4 พันบาทต่อรายเท่านั้น

กลุ่มที่ 2 รายรับการรักษายาบาลเฉลี่ยสูงกว่าปานกลาง จำนวนผู้ป่วยปานกลางถึงมาก: ได้แก่ หมวดการแพทย์คือ

ประสาทวิทยา มะเร็ง อายุรศาสตร์ กระดูกและข้อ ระบบทางเดินอาหาร ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมทั่วไป โรคทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อ : หมวดหมู่เหล่านี้สร้างรายรับเฉลี่ยต่อคนมากกว่าหนึ่งหมื่นบาท และมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าสองหมื่นคน หมวดการแพทย์ทั้งหมดในกลุ่มที่ 2 นี้มีทั้งกลุ่มที่เป็นการรักษาที่จำเป็น และการรักษาที่ไม่จำเป็น แต่เนื่องจากมีมูลค่าต่อคนค่อนข้างสูงจึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจ

กลุ่มที่ 3 รายรับการรักษายาบาลเฉลี่ยต่ำ จำนวนผู้ป่วยน้อย: ได้แก่ หมวดการแพทย์คือ

หูดจุก แผล เด็ก ฉุกเฉิน เวชศาสตร์ฟื้นฟู หมวดหมู่เหล่านี้มีรายรับเฉลี่ยต่อคนต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ และจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ จึงสามารถวิเคราะห์ได้ว่าอาจให้ความสำคัญในการขยายขนาดตลาดรองจากกลุ่ม 1 และ กลุ่ม 2

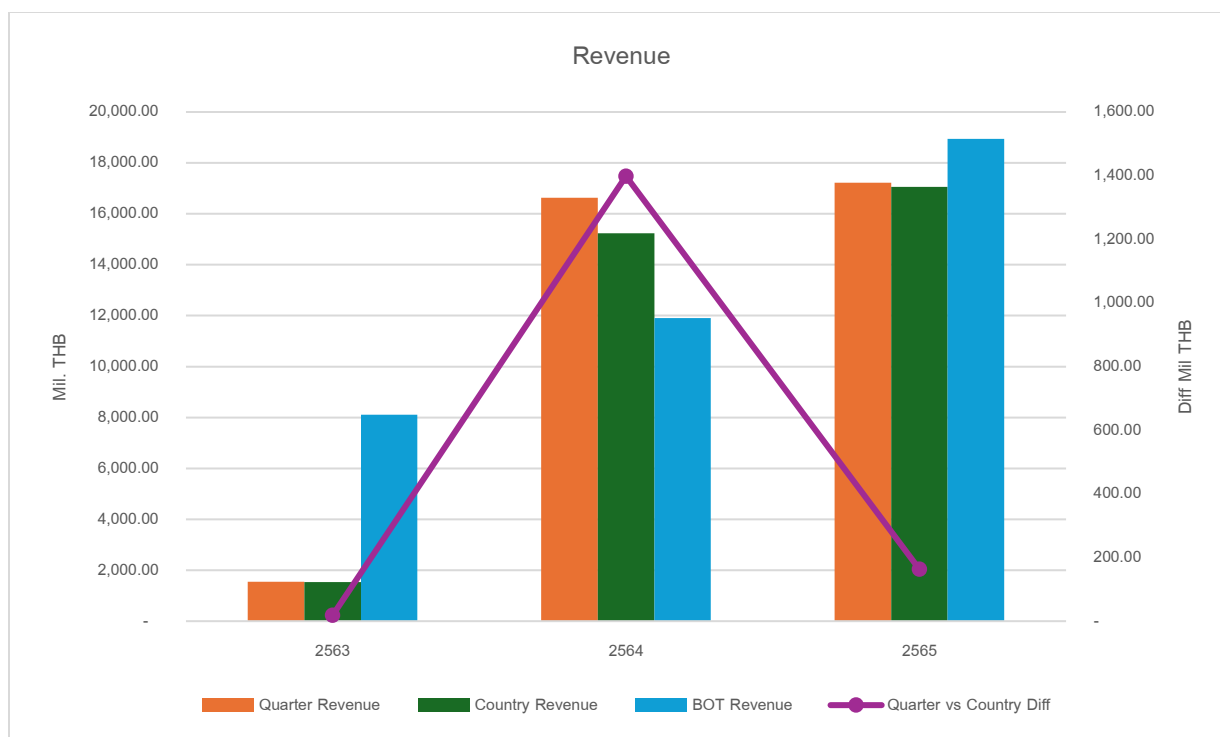
กลุ่มที่ 4 รายรับการรักษายาบาลเฉลี่ยน้อย จำนวนผู้ป่วยมาก: ได้แก่ หมวดการแพทย์คือ

การตรวจสุขภาพ โรคหัวใจ ผิวหนัง: หมวดการแพทย์นี้มีปริมาณผู้ป่วยมากที่สุดแต่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนน้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าหมวดที่มีขั้นตอนการรักษาแบบที่ไม่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายน้อยถือเป็นเป็นที่นิยมของผู้ใช้บริการต่างชาติ และหากพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายและค่าเสียเวลาในการเดินทางจากภูมิภาคต่างๆ ของไทยแล้ว การเดินทางเข้าเขตมหานคร เช่น กรุงเทพฯและปริมณฑลนั้น อาจไม่คุ้มค่ากับการเดินทาง ดังนั้นยังเป็นกลุ่มที่สามารถเติบโตได้ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภูมิภาคที่มีระยะทางไกลจากเขตมหานคร เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวระดับภูมิภาค แม้ความเสี่ยงจากการให้บริการรักษาต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่รายรับการรักษายาบาลต่อคนก็ต่ำกว่ากลุ่มอื่นเช่นกัน จึงอาจให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้าย

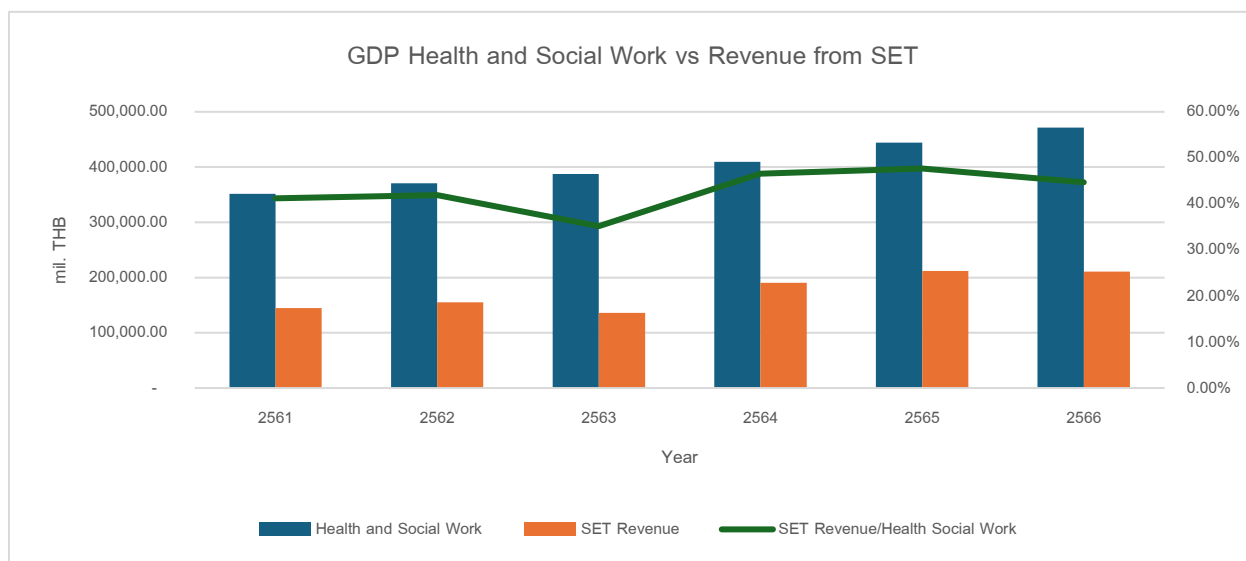
4.4 ความขัดแย้งของข้อมูลที่พบ

4.4.1 ข้อมูลรายรับ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพทำงานร่วมกับธนาคารแห่งประเทศไทยในการส่งแบบสำรวจไปยังโรงพยาบาล เพื่อประมาณการดุลการชำระเงินต่างประเทศ ข้อมูลรายรับในแบบสำรวจจะมีสองแง่มุม ได้แก่ รายรับรายไตรมาส และ รายรับจากผู้ป่วยสัญชาติต่างๆ ซึ่งรายรับทั้งสองส่วนนี้รวมกันควรจะเท่ากัน แต่โรงพยาบาลต่างๆ มีการกรอกตัวเลขที่ไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง ทำให้ตัวเลขรวมออกมาไม่ตรงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี พ.ศ. 2564 ตัวเลขแตกต่างกันในระดับพันล้านบาท ส่วนตัวเลขในปี พ.ศ. 2565 ต่างกันประมาณ 200 ล้านบาท ส่วนตัวเลขดุลการชำระเงินสรุปที่ธนาคารแห่งประเทศไทยรายงานในปี พ.ศ. 2564 ต่ำกว่าตัวเลขจากแบบสำรวจประมาณ 4 พันล้านบาท และสูงกว่าตัวเลขจากแบบสำรวจประมาณ 2 พันล้านบาทในปี พ.ศ. 2565 ตัวเลขที่ค่อนข้างแตกต่างกันนี้ส่งผลโดยตรงต่อความน่าเชื่อถือของประมาณการรายรับที่ได้ ในรายงานฉบับนี้ใช้ตัวเลขรายรับตามสัญชาติในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นหลัก

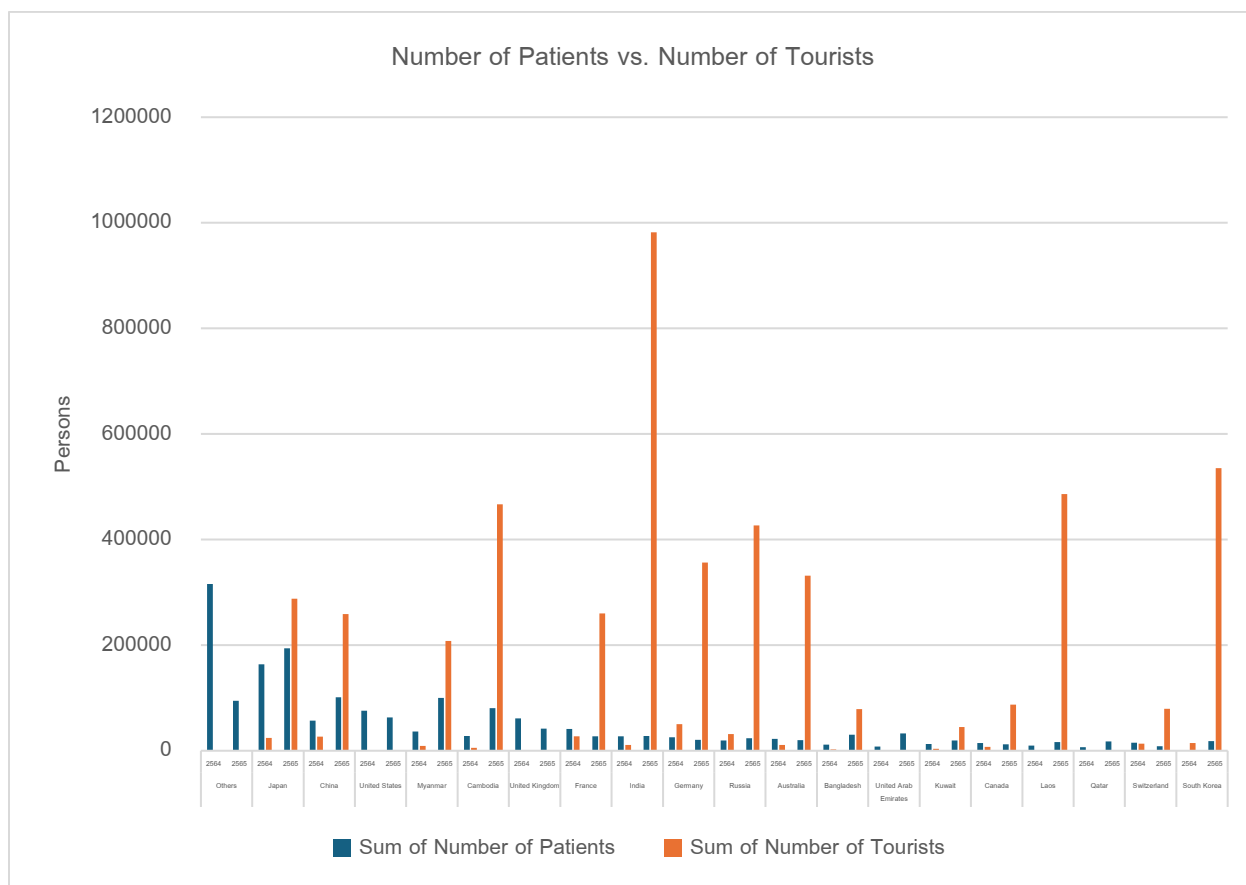


ภาพที่ 4-13 เปรียบเทียบรายรับรายไตรมาส รายรับรายสัญชาติ รายรับจากการสำรวจของธนาคารแห่งประเทศไทย



ภาพที่ 4-14 เปรียบเทียบรายรับจากค่ารักษาพยาบาล กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

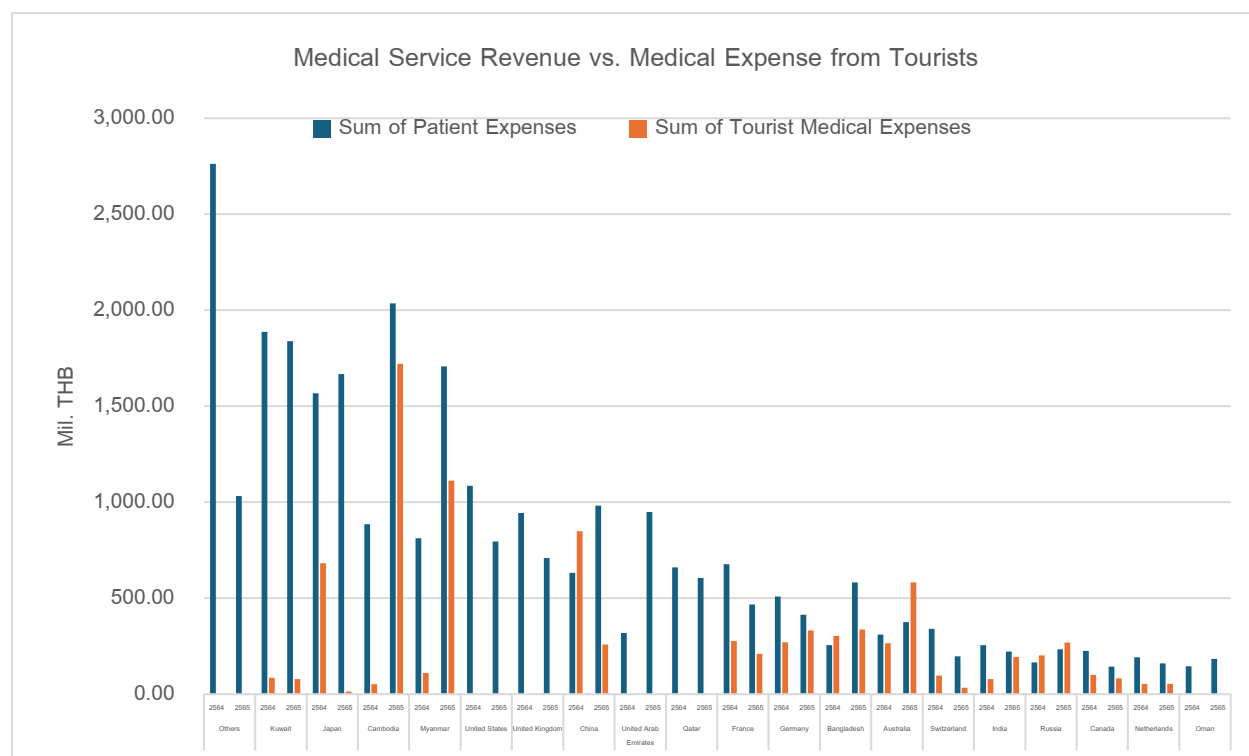
ข้อมูลรายรับจากคำรักษาพยาบาลของบริษัทจดทะเบียนนั้น เกิดจากผู้มีถิ่นอาศัยภายในประเทศ และผู้เดินทางเข้ามาเพื่อใช้บริการโดยตรง ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศคิดจากบริการทั้งหมด ทั้งโดยภาครัฐ และเอกชน ซึ่งรวมถึงบริษัทนอกตลาดหลักทรัพย์ด้วย อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบสัดส่วนคร่าว ๆ ของรายรับจากคำรักษาพยาบาลของบริษัทในตลาดหลักทรัพย์ กับผลิตภัณฑ์มวลรวมระหว่างประเทศ อาจจะให้เห็นแนวโน้มของการเติบโตของบริการโดยกลุ่มบริษัทเหล่านี้ ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มเป้าหมายของบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติเช่นกัน จากภาพที่ 4-14 แสดงให้เห็นสัดส่วนของรายรับจากคำรักษาพยาบาล เมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในหมวดบริการสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 47.68 และ 44.71 ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 ตามลำดับ



ภาพที่ 4-15 จำนวนผู้ป่วยจากแบบสอบถาม และจำนวนนักท่องเที่ยวที่รายงานโดยกระทรวงการท่องเที่ยว

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รายงานจำนวนนักท่องเที่ยวแยกรายสัญชาติที่เดินทางเข้าประเทศ ในขณะที่แบบสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก็ขอให้โรงพยาบาลรายงานสัญชาติของผู้ป่วย แต่เนื่องจากกระบวนการเก็บข้อมูลภายในโรงพยาบาล ที่อาจเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยระบุสัญชาติ แม้ผู้ป่วยจะมีถิ่นพำนักในประเทศไทย เช่น กลุ่มผู้เข้ามาทำงานในประเทศไทย ทำให้จำนวนผู้ป่วยในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น ในปี พ.ศ. 2564 สูงกว่าจำนวนนักท่องเที่ยว ดังภาพที่ 4-15 ดังนั้น ในการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยแยกรายประเทศ ตัวเลขที่ได้นั้นอาจจะมีส่วนของชาวต่างชาติซึ่งเข้ามาทำงานในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบประมาณการค่าใช้จ่ายของนักท่องเที่ยวในหมวดการแพทย์และสุขภาพ และตัวเลขรายรับรวมจากผู้ป่วยของแบบสำรวจของกรมฯ จะเห็นว่า รายรับของกรมสูงกว่าประมาณการค่าใช้จ่ายโดยกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาในทุกประเทศ ดังภาพที่ 4-16 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รายรับส่วนใหญ่อาจจะมาจากชาวต่างชาติที่มีถิ่นพำนักภายในประเทศเช่นกัน



ภาพที่ 4-16 เปรียบเทียบรายรับจากแบบสำรวจ และรายจ่ายในหมวดการแพทย์และสุขภาพจากการสำรวจของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

5 สรุปผลกระทบเชิงเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

จากการเก็บข้อมูลในครั้งนี้นับว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก่อเกิดมูลค่าทางเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ 44.71 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภาคส่วนกิจกรรมสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ และคิดเป็น ร้อยละ 1.11 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมทั้งหมดของประเทศไทย ทั้งนี้ยังไม่รวมผลกระทบทางอ้อมต่างๆ ที่ได้จากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่น การใช้บริการโรงแรมที่พักอาศัย ร้านอาหาร การคมนาคม และอื่นๆ

อย่างไรก็ดี การแพทย์เป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ใช้ทรัพยากรทั้งมนุษย์และเครื่องจักรสูง หากมีการใช้สอยทรัพยากรมากเกินไปจนขัดจำกัดของประเทศ อาจเสี่ยงต่อการสร้างผลกระทบทางอ้อมเชิงลบ (Negative Externalities) ในลักษณะต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข: อาจทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างการบริการสำหรับคนท้องถิ่นและนักท่องเที่ยว ทรัพยากรทางการแพทย์อาจถูกจัดสรรไปให้นักท่องเที่ยวมากกว่าประชาชนในประเทศ อาจเกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สำหรับประชาชนในประเทศ: แพทย์และพยาบาลอาจถูกดึงไปทำงานในภาคเอกชนที่ให้บริการนักท่องเที่ยว
2. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม: การเพิ่มขึ้นของขยะทางการแพทย์ การใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นจากการเดินทางและพักแรมของนักท่องเที่ยว
3. ภาวะเงินเฟ้ออันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ: ราคาการรักษาพยาบาลอาจสูงขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยว เนื่องจากอุปสงค์มากกว่าอุปทาน รวมถึงสินค้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการรักษาพยาบาล (complementary goods) สูงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เช่น ราคาที่ดิน ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าเดินทาง เป็นต้น
4. ปัญหาด้านจริยธรรมและกฎหมาย: อาจเกิดการท่องเที่ยวเพื่อรับบริการทางการแพทย์ที่ผิดกฎหมายหรือไม่ชอบด้วยกฎหมายในประเทศต้นทาง เช่น ประเด็นด้านจริยธรรมในการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น
5. ความเสี่ยงด้านสาธารณสุข: ได้แก่ การแพร่กระจายของโรคติดต่อระหว่างประเทศอันเกิดมาจากการส่งตัวคนไข้ข้ามแดน หรือโรคติดต่อมาจากนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเพื่อรักษาพยาบาลโดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังประเด็นความท้าทายในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการรักษาอีกด้วย
6. การพึ่งพาเศรษฐกิจจากภายนอก: ประเทศไทยมีระบบเศรษฐกิจที่พึ่งพาการส่งออกถึงร้อยละ 60 ของ GDP อยู่แล้ว การสร้างมูลค่าเศรษฐกิจด้วยการรักษาพยาบาลนักท่องเที่ยวอาจทำให้เศรษฐกิจพึ่งพาภายนอกประเทศมากเกินไป ทำให้เสี่ยงต่อความผันผวนทั้งด้านราคาและคุณภาพ การความยืดหยุ่นในการปรับตัว

นอกจากนี้ ยังอาจเกิดความขัดแย้งทางวัฒนธรรมระหว่างนักท่องเที่ยวและชุมชนท้องถิ่น จึงควรระมัดระวังในการส่งเสริมบริการทางการแพทย์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

6 ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะกลยุทธ์การทองเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นดังนี้

1. เน้นบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง:

บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยยังมีจำกัด การแบ่งสรรปันส่วนผลิตภาพการผลิต (Productivity allocation) จึงจำเป็นต้องทำอย่างรอบคอบในการรองรับการทองเที่ยวเชิงการแพทย์และสุขภาพ เพื่อไม่ให้กระทบความสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนในประเทศมากเกินไป และการแบ่งสรรปันส่วนดังกล่าวควรเป็นไปโดยเน้นบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูงก่อน เพื่อให้ค่าเสียโอกาสทางการแพทย์ต่อประชาชนในประเทศมีค่าน้อยที่สุด จากข้อมูลสำรวจในผลการศึกษา พบว่าหมวดการแพทย์ที่มีมูลค่าสูงที่ควรพิจารณาได้แก่ การผ่าตัดแปลงเพศ การตัดกระเพาะปัสสาวะ การส่งเสริมบริการเฉพาะทางที่มีมูลค่าสูงเหล่านี้ในระดับนานาชาติ เน้นย้ำทางเลือกการรักษาขั้นสูง การดูแลเฉพาะทาง และผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้ป่วย เน้นย้ำข้อได้เปรียบด้านต้นทุนเมื่อเทียบกับบริการที่คล้ายกันในประเทศอื่น

2. ขยายการคัดสรรคนตกแต่งและกระดูกและข้อ:

การคัดสรรคนตกแต่งและการรักษากระดูกและข้อ: เนื่องจากรายได้เฉลี่ยปานกลางและศักยภาพในการรับผู้ป่วยจำนวนมาก การทำตลาดบริการเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยต่างประเทศอาจเพิ่มรายได้ได้ เน้นย้ำคุณภาพการดูแล เทคนิคขั้นสูง และราคาที่แข่งขันได้ รวมถึงมีปัจจัยมหภาคของโลกเกื้อหนุน คือภาวะสังคมสูงวัยที่มากขึ้นในหลายภูมิภาคของโลก

3. ปรับปรุงคุณภาพบริการและพื้นที่เฉพาะทางของตลาด:

บริการเฉพาะทางและเฉพาะทาง: สำหรับบริการ เช่น โรคเมตาบอลิก โรคทางเดินอาหาร และโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้เน้นที่การปรับปรุงคุณภาพและผลลัพธ์ของบริการ พัฒนาตลาดเฉพาะกลุ่มโดยกำหนดเป้าหมายไปที่กลุ่มประชากรหรือโรคเฉพาะที่ไม่ได้รับการบริการอย่างดีในประเทศอื่น ในความสำคัญรองลงมา อาจพิจารณาใช้ประโยชน์จากการตรวจสอบสุขภาพในสถานักทองเที่ยวกลุ่มใหญ่ โดยเสนอแพ็คเกจการทองเที่ยวเชิงการแพทย์แบบครอบคลุมซึ่งรวมถึงการตรวจสอบสุขภาพประจำพร้อมกับแพ็คเกจทองเที่ยว อาจส่งเสริมแพ็คเกจเหล่านี้ไปยังประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาคต่างๆ ได้

4. สร้างความร่วมมือและเครือข่าย:

สร้างความร่วมมือกับบริษัทประกันสุขภาพระหว่างประเทศ ตัวแทนทองเที่ยว และผู้ให้บริการด้านการทองเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อสร้างประสบการณ์การเดินทางและการรักษาที่ราบรื่นสำหรับผู้ป่วยต่างประเทศ ในภาคส่วนของเอกชน สามารถวางแผนสร้างแคมเปญการตลาดที่ตรงเป้าหมายโดยเน้นที่จุดแข็งของประเทศในด้านบริการทางการแพทย์เฉพาะ ใช้คำรับรองจากผู้ป่วย เรื่องราวความสำเร็จ และการรับรองจากผู้ป่วยต่างประเทศเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559) ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ. 2560-2569). URL: <https://hss.moph.go.th/fileupload/2560-102.pdf>

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2567) สถิตินักท่องเที่ยว. URL: <https://www.mots.go.th/news/category/411>

ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. (2567) ดัชนีการแพทย์. URL: <https://www.set.or.th/th/market/index/set/service/health>

คณะกรรมการนโยบายเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย. (2561) การแก้ไขเพิ่มเติมประเภทอุตสาหกรรมเป้าหมายตามประกาศคณะกรรมการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย ที่ 1/2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 256 ง หน้า 30.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. (2560) พระราชบัญญัติการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 19 ก หน้า 1.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561) ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 ตอนที่ 82 ก หน้า 1.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานภาวะเศรษฐกิจไทยไตรมาส. URL: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=13217&filename=QGDP_report

Pocock, Nicola & Phua, Kai Hong. (2011). Medical Tourism and Policy Implications for Health Systems: A Conceptual Framework from a Comparative Study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and health*. 7. 12. 10.1186/1744-8603-7-12.

Kyritsis Froelich, N. C. (2012). Medical Tourism. Södertörn University. <https://www.divaportal.org/smash/get/diva2:547323/FULLTEXT01.pdf>

Supakankunti, S., Herberholz, C., Tullao, T. S., & Lim, H. H. (2012). Transforming the ASEAN Economic Community (AEC) into A Global Services Hub: Enhancing the Competitiveness of the Health Services Sector in Thailand. In *Developing ASEAN Economic Community (AEC) into A Global Services Hub* (pp. 147–171). ERIA.

Kumar, Jeetesh & Hussain, Kashif & Shahi, M.. (2012). An Evaluation of the Factors for Medical Tourism Destination Selection.

Lagiewski, R. M., & Myers, W. (2008). Medical Tourism: perspectives and applications for destination development. Rochester Institute of Technology.